



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE II
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL DE MESTRADO ACADÊMICO**

**NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA E GRAVIDADE DAS LESÕES EM UMA
MICRORREGIÃO DE SAÚDE DA BAHIA**

JENIFFER SOUZA SILVA

**JEQUIÉ-BA
2019**

JENIFFER SOUZA SILVA

**NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA E GRAVIDADE DAS LESÕES EM UMA
MICRORREGIÃO DE SAÚDE DA BAHIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Vigilância à Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Adriana Alves Nery

**JEQUIÉ/BA
2019**

S586n Silva, Jeniffer Souza.

Notificações de violência e gravidade das lesões em uma microrregião de saúde da Bahia / Jeniffer Souza Silva.- Jequié, 2019.

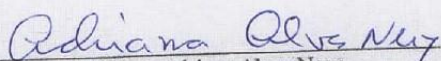
79f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Adriana Alves Nery)

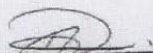
FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVA, Jeniffer Souza. Notificações de violência e gravidade das lesões em uma microrregião de saúde da Bahia. 2019. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié, Bahia.

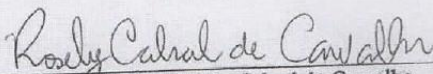
Banca Examinadora



Prof. Dr. Adriana Alves Nery
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do
Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora e presidente da banca examinadora



Prof. Dr. Rafael Pereira de Paula
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do
Sudoeste da Bahia – UESB



Prof. Dr. Rosely Cabral de Carvalho
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de
Santana - UEFS

Jequié/BA, 21 de março de 2019

Dedicatória

Á Deus por me dá sabedoria e discernimento, e ser o meu sustento a todo momento de minha vida, e pelas oportunidades a mim concedidas.

*Aos meus pais **Maria Conceição e Julival**, a minha irmã **Juliana** e filha **Ana Lua**, por serem a minha base e fontes de amor, paz, respeito e confiança*

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ter me dado saúde e força para superar a dificuldade desta jornada.

Agradeço à minha mãe **Maria Conceição**, meu maior exemplo de vida, heroína, pelo amor, incentivo e apoio incondicional nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Mãe muito obrigada, sem você, com toda certeza, eu não seria a mulher que me tornei.

À minha irmã **Juliana**, por ser minha companheira nas melhores e piores horas. Por compartilhar das minhas angústias todas as vezes que necessitei. Conte comigo sempre também irmã.

À minha querida e amada filha **Ana Lua**, que por diversas vezes teve que aprender a lidar com minha ausência, devida a escolha que fiz por nós duas de seguir em busca de melhorias e conhecimentos. Devido a sua pouca idade não entendia o motivo de minhas lágrimas. Mas valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias... Valeu a pena esperar... Hoje posso comemorar com meu maior tesouro, mais essa conquista.

À minha comadre e compadre, **Raíza e Luan tales**, por sempre terem sido presentes na minha vida e principalmente na vida de minha filha. Por todo amor dedicado a nós duas, em momentos felizes e tristes também. Sou imensamente grata, e os tenho como verdadeiros irmãos.

Aos meus **familiares, amigos** e a todos que direta ou indiretamente fizeram parte do meu processo de formação profissional.

À minha orientadora **Adriana Nery**, muito obrigada pela confiança que sempre teve em mim, sempre dizia quando nem eu acreditava, com muito segurança de que eu conseguiria. E nós conseguimos. Agradeço pelo suporte e empenho dedicado na elaboração deste trabalho, e por ter contribuído tanto com meu processo de formação desde a graduação. Pelas correções, conselhos e incentivos.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**, que através do seu corpo docente durante a graduação em Enfermagem e pós-graduação *Stricto sensu* em Enfermagem e Saúde proporcionou-me crescimento e amadurecimento profissional.

A professora **Clarice Alves**, pelo auxílio principalmente nas etapas da análise dos dados.

A **toda equipe dos Projetos de Pesquisa**: “*Morbimortalidade por causas externas em um hospital público do interior da Bahia*” e “*Violência, Saúde e Cultura de Paz*”, dos quais faço parte, pela vivência, que sem dúvida, foi fundamental para o meu aperfeiçoamento profissional;

Ao **corpo docente** do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da UESB, pelo empenho, compromisso e conhecimentos compartilhados.

Aos professores **Rafael de Paula e Rosely Cabral**, pelas contribuições enquanto membros da banca de qualificação e defesa;

Aos funcionários administrativos do PPGES, **Lohane e Arnaldo** pela competência e atenção de sempre;

Aos **colegas de turma**, obrigada pela honra de tê-los em minha vida e pelos momentos de alegria e aprendizado vivenciados juntos;

Às minhas amigas **Larisse, Miriane, Stela, Thaís, Samille e Caiuze** agradeço a cada uma de vocês por terem sido tão companheiras e solícitas. Não tenho dúvidas de que vocês são anjos que Deus colocou em minha vida para me ajudar nessa caminhada, e tornar tudo mais leve como vocês sempre fizeram.

A todos aqueles que contribuíram de alguma maneira para a realização deste sonho, o meu muito obrigada!!!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou.”

(Eclesiastes 3:1,2)

RESUMO

SILVA, Jeniffer Souza. **Notificações de violência e gravidade das lesões em uma microrregião de saúde da Bahia.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié-BA. 2019. 79 p.

As notificações de violências e agravos têm se destacado no cenário nacional como indicador de morbimortalidade, cujo aumento representa um sério problema de saúde pública. Nesse contexto, uma melhor caracterização dos eventos, das vítimas e da gravidade das lesões reforça o conhecimento produzido no âmbito da saúde pública, constituindo-se também em uma importante ferramenta da análise da situação de saúde da população, podendo subsidiar o delineamento de políticas públicas, bem como a elaboração de medidas preventivas e de promoção da saúde para a redução dos índices de morbimortalidade por esse evento. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar as notificações de violência e os fatores associados a gravidade das lesões por causas violentas em uma microrregião de saúde da Bahia, no período de 2009 a 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal e natureza exploratória realizado com base em dados secundários dos casos de violência notificados na microrregião de saúde pertencente ao município de Jequié, no período de 2009 a 2017. Os dados foram coletados na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net) e disponibilizado pelo Núcleo Regional de Saúde Sul para análise após autorização. A gravidade da lesão foi definida utilizando a *Abbreviated Injury Scale* (IAS) por meio dos cálculos do escores do *Injury Severity Score* (ISS). Os dados foram disponibilizados em planilha do programa Microsoft Office Excel 2013 e posterior analisados através do *Software for Statistics and Data Science* - STATA, versão 12.0®. O estudo obedece ao disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assegurada a confidencialidade e a privacidade dos dados, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. No período investigado foram notificados 3.477 casos de violência na microrregião de saúde de Jequié, dos quais 49,4% continham as informações pertinentes para classificar quanto a gravidade da lesão, como a parte do corpo afetada e natureza do ferimento. Os resultados do presente estudo revelam que as principais pessoas em situação de violência foram jovens adultos (58,4%), do sexo masculino (67,7%), autodeclarados como pardos e negros (82,2%), com escolaridade até ensino fundamental incompleto e completo (71,6%). Os atos violentos ocorreram em maior proporção na zona urbana (87,3%), sendo a via pública o principal local de ocorrência (53,2%). Constatou-se alta proporção de casos com gravidade moderada (53,5%), seguida da leve (24,8%) e grave (21,7%), bem como associação do desfecho gravidade da lesão com as variáveis sexo, faixa etária, pessoa com deficiência, relação com o (a) agressor (a), encaminhamento, local de ocorrência, parte do corpo afetado, meio de agressão e recorrência ($p < 0,05$). Houve aumento dos coeficientes de incidência ao longo período analisado, passando de 29,6/100.000 em 2010 para 121,7/100.000 em 2017. Os tipos de violência mais frequentes foram a física (80,1%), seguida da psicológica (9,3%), sexual (3,6%) e tortura (2,06%), sendo o primeiro mais frequente em homens, e as demais em mulheres. Estes resultados sinalizam a necessidade de ações preventivas, de controle e de promoção da saúde das pessoas em situação de violência.

Palavras-Chave: Violência; Gravidade; Vigilância Epidemiológica; Notificação.

SILVA, Jeniffer Souza. Notices of violence and severity of injuries in a health micro-region of Bahia. Thesis [MA]. Post-Graduation Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia. Jequié-BA. 2019. 77 p.

ABSTRACT

The reports of violence and injuries have been highlighted in the national scenario as an indicator of morbidity and mortality, whose increase represents a serious public health problem. In this context, a better characterization of the events, the victims and the severity of the injuries reinforces the knowledge produced in the public health sphere, being also an important tool of the analysis of the health situation of the population, being able to subsidize the design of public policies, as well as the elaboration of preventive and health promotion measures for the reduction of morbidity and mortality rates by this event. In this sense, this study aims to analyze the reports of violence and the factors associated with the severity of the lesions due to violent causes in a health micro-region of Bahia from 2009 to 2017. It is an epidemiological study, cross-sectional and an exploratory nature based on secondary data on cases of violence reported in the micro-region of health belonging to the municipality of Jequié, from 2009 to 2017. Data were collected in the Notice of Interpersonal and Self-Violent Violence of the Notification (Sinan Net) and made available by the Regional Health Center South for analysis after authorization. The severity of the lesion was defined using the Abbreviated Injury Scale (IAS) using the Injury Severity Score (ISS). The data were made available in the Microsoft Office Excel 2013 and later worksheets analyzed through the Software for Statistics and Data Science - STATA, version 12.0®. The study complies with the provisions of Resolution 466/2012 of the National Health Council, ensuring the confidentiality and privacy of data, ensuring that information is not used to the detriment of individuals and / or communities. During the investigation period, 3,477 cases of violence were reported in the Jequié health micro-region, of which 49.4% contained relevant information to classify the severity of the injury, such as the affected part of the body and the nature of the injury. The results of the present study reveal that the main people in the situation of violence were young adults (58.4%) male (67.7%), self-declared as browns (82.2%) and blacks, incomplete and complete (71.6%). Violent acts occurred in a greater proportion in the urban area (87.3%), with the public road being the main place of occurrence (53.2%). It was observed a high proportion of cases with moderate severity (53.5%), followed by mild (24.8%) and severe (21.7%) cases, as well as association of the severity of the lesion with the variables gender, age, person with disability, relationship with the aggressor, referral, place of occurrence, affected part of the body, means of aggression and recurrence ($p < 0.05$). There was an increase in incidence rates over the analyzed period, from 29.6 / 100,000 in 2010 to 121.7 / 100,000 in 2017. The most frequent types of violence were physical (80.1%) followed by psychological (9.3%), sexual (3.6%) and torture (2.06%), the first being more frequent in men, and the other in women. These results indicate the need for preventive actions, control and health promotion of people in situations of violence.

Keywords: Violence; Gravity; Epidemiological surveillance; Notification.

LISTA DE SIGLAS

- AIS** – Abbreviated Injury Scale
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CREAS** – Centro de Referência Especializada de Assistência Social
- DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DIRES** – Diretoria Regional de Saúde
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ISS** – Injury Severity Score
- LGBT** – Lésbicas, gays, bissexuais e transexuais
- MS** – Ministério da Saúde
- NRS** – Núcleo Regional de Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Panamericana de Saúde
- PDR** – Plano Diretor de Regionalização
- PNPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde
- PNRMAV** - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
- SES** – Secretaria de Estado da Saúde
- SESAB** – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
- SIH/SUS** – Sistema de Informações Hospitalar do Sistema Único de Saúde
- SIM** – Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- STATA** – Software for Statistics and Data Science
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UESB** – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
- USF** – Unidades de Saúde da Família
- VIVA** – Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Manuscrito 1

Tabela 1. Caracterização dos casos de violência notificadas, segundo variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, na microrregião de Jequié. Bahia. Brasil. 2009 a 2017. 41

Tabela 2. Análise bivariada das características da vítima e do agressor (a), segundo gravidade da lesão. SINAN, microrregião de Jequié-BA (2009 a 2017). 43

Tabela 3. Análise bivariada das notificações de violência, segundo gravidade da lesão, na microrregião de Jequié, no período de 2009 a 2017. 44

Manuscrito 2

Tabela 1. Perfil dos casos de violências¹ e dos agressores, segundo o tipo de vitimização. Jequié-BA, 2010 a 2017. 55

Tabela 2. Características dos tipos de violência, segundo condições de ocorrência. Jequié-BA, 2010 a 2017. 56

Figura 1. Evolução dos coeficientes de incidência (por 100 mil habitantes) por tipo de violência. Jequié-BA, 2010-2017. 57

Figura 2. Coeficientes de incidência (por 100 mil habitantes) das notificações de violência, segundo sexo. Jequié-BA, 2010-2017. 58

Figura 3. Coeficientes de incidência (por 100 mil habitantes) da notificação de violência (física, sexual, psicológica e tortura), segundo sexo. Jequié-BA, 2010-2017. 58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS DA VIOLÊNCIA.....	14
2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA	15
2.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE XX NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE XX.....	17
3 METODOLOGIA.....	20
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
3.2 LOCAL DA PESQUISA	19
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	21
3.4 TÉCNICA PARA COLETA E FONTE DE DADOS	21
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	22
3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	24
4 RESULTADOS	25
4.1 MANUSCRITO 1: FATORES ASSOCIADOS AOS CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS EM MICRORREGIÃO DE SAÚDE DA BAHIA	27
4.2 MANUSCRITO 2: ANÁLISE TEMPORAL DOS CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS EM MICRORREGIÃO DE SAÚDE DA BAHIA	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
ANEXO	78

1 INTRODUÇÃO

As causas externas (acidentes e violências) representam, na atualidade, um problema de saúde pública de dimensões mundiais e, no Brasil, nas últimas décadas, esse grupo de agravos tem sido responsável por uma importante parcela dos óbitos, representando um desafio para as políticas públicas (ANDRADE-BARBOSA, 2013).

Compreendida como o uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 1996), a violência em suas diversas manifestações tem influenciado na organização do Sistema Único de Saúde do Brasil e gerado gastos elevados para o serviço de saúde (LIMA et al., 2012).

Diante da complexidade e magnitude dos casos de violência, esta passa a ser entendido como um agravo de notificação compulsória, sendo incluso na atual relação das doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória nacional estabelecida pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 204 de 25 de janeiro de 2016, na qual foram listados os eventos em saúde pública de maior relevância sanitária para o país (BRASIL, 2016).

A notificação é a comunicação da ocorrência de uma determinada doença ou agravo à saúde à autoridade sanitária, visando à adoção de medidas de intervenção pertinentes. Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte de dados da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação (BRASIL, 2009).

Estima-se que no Brasil, entre 2005 e 2015, o número total de homicídios registrados no Brasil pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) passou de 48.136 para 59.080, o que representa um incremento de 22,7% na década. Os estados que apresentaram crescimento superior a 100% nas taxas de homicídio no período analisado estão localizados nas regiões Norte e Nordeste. Com uma taxa de 39,5 homicídios por 100 mil habitantes, o Estado da Bahia ocupou a 9ª posição, em 2015 dentre as Unidades Federadas (IPEA, 2017).

No ano de 2016, na região Nordeste, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram notificados 37.311 casos de violência, dos quais o Estado da Bahia foi responsável por 23,9% das ocorrências (BRASIL, 2016). Este evento de saúde pública, tem evoluído de maneira bastante desigual nas unidades federativas e microrregiões do país, atingindo crescentemente os moradores de cidades menores no interior do país e no Nordeste.

Estudo realizado em um município do interior da Bahia aponta para número elevado de atendimento às vítimas de violência em um hospital geral do Sistema Único de Saúde (SUS),

onde foi observado que no grupo das demais causas externas, as violências consistem em uma das principais causas de internação nesse hospital, ocupando o terceiro lugar (NERY et al., 2013).

Apesar dessas estimativas, os mais variados tipos de manifestações da violência não são conhecidos em toda sua magnitude, devido à insuficiência e/ou ineficiência de dados coletados e à existência de subnotificação de casos. Nesse sentido, o interesse na elaboração desse estudo surgiu com intuito de amenizar a lacuna do conhecimento sobre essas ocorrências e contribuir para a elaboração de medidas preventivas e de controle desses agravos. Desse modo, acredita-se que esta pesquisa seja relevante, na medida em que proporcionará a população, profissionais de saúde e, sobretudo, aos gestores de saúde um maior conhecimento sobre a temática, e principalmente sobre a real ocorrência desses agravos no município. Além disso, poderá reforçar o conhecimento produzido no âmbito da saúde pública, constituindo-se também em uma importante ferramenta da análise da situação de saúde, podendo assim, subsidiar o delineamento de políticas públicas, bem como a elaboração de medidas preventivas e de promoção da saúde que venham reduzir os índices de morbimortalidade por desse evento.

Diante disso, traçou-se como questões norteadoras desse estudo: Qual a incidência dos casos de violência notificados em uma microrregião de saúde da Bahia? Quais as características dos casos de violência em uma microrregião de saúde? Quais as características das vítimas das violências notificadas? Existiriam fatores associados às lesões causadas por violência que foram notificados nessa microrregião? Como as notificações dos casos de violência evoluíram na microrregião de Jequié, Bahia, entre os anos de 2009 a 2017?

Visando responder a tais questionamentos foi traçado como objetivo geral: analisar as notificações de violência e os fatores associados a gravidade das lesões por causas violentas em uma microrregião de saúde da Bahia, entre 2009 e 2017. E os seguintes objetivos específicos: caracterizar os casos de violência notificados em uma microrregião de saúde da Bahia, quanto ao tipo de violência, características dos sujeitos envolvidos, meio de agressão, segmento corporal afetado, motivação da violência, zona, município e local de ocorrência, período de ocorrência, sexo do agressor, número de agressores, uso de álcool pelo agressor, evolução dos casos, encaminhamentos realizados no período de 2009 a 2017; analisar a tendência dos das notificações de violência entre os anos de 2009 a 2017; verificar os fatores associados a gravidade das lesões por causas violentas em uma microrregião de saúde do interior da Bahia no período de 2009 a 2017.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS DA VIOLÊNCIA

A violência é um fenômeno mundial e como tal caracteriza-se de acordo com as peculiaridades das diversas culturas, vitimando pessoas das mais diferentes faixas etárias, sexo, raça, situação socioeconômica, credo, escolaridade, dentre outras especificidades constitutivas do humano (CABRAL; MAIA, 2012).

Como fenômeno sócio-histórico a violência acompanha toda a experiência da humanidade, desde os primórdios os eventos violentos se revelam como inesgotáveis lutas pelo poder, conflitos de autoridade, vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Na história do Brasil, este evento complexo se fez presente nas suas mais diversas expressões, a saber, no período colonial, por meio da exploração da força de trabalho dos índios e a aniquilação de sua cultura (etnocídio), abuso das mulheres pelos imigrantes; manifesta-se também durante a ditadura militar (1964-1985), momento em que a população jovem, especialmente a estudantil, sofreu repressão, aprisionamento e torturas individual e coletiva (MINAYO, 2006).

Após este período, o problema tão extenso e disseminado passou a ser tema de debate nacional e a partir de então se configura como questão de segurança pública, posto que é crime, e de saúde pública, porque afeta a integridade física e mental das pessoas, além de comprometer o desenvolvimento das capacidades das famílias e comunidades (LIMA; DESLANDES, 2014).

A partir da década de 1990, as causas externas ao lado das doenças crônicas e degenerativas, foram responsáveis pela mudança no quadro epidemiológico em diversos países e o fenômeno da violência ganhou visibilidade (ANDRADE-BARBOSA, 2013). Em nível mundial, a violência tem sido reconhecida como importante questão social e de saúde pública. Ao publicar o Relatório Mundial sobre Violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca o problema como desafio universal e traz a discussão para a área da saúde que, tradicionalmente, lidava apenas com as consequências dos eventos (OMS, 2002). Neste documento a violência é definida como:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, podendo resultar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

A violência abrange muitos espaços atualmente: desde a violência do próprio Estado, tal como nos crimes de guerra ou em abusos no interior de suas instituições, aos diversos espaços

públicos, estendendo-se até às relações de caráter afetivo, sexual ou familiar no mundo privado (SCHRAIBER, 2014).

A partir da década de 1980 e, mais intensamente na década de 1990, a problemática da violência adquiriu maior força nos debates políticos e sociais e no planejamento em saúde pública. Foi apenas nesse período que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) começaram a falar explicitamente em violência (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Em 1993 o SINAN foi implantado no Brasil, com o objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas governamentais. Este sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, e para isso, utiliza dois instrumentos de coleta padronizados: a Ficha Individual de Notificação e a Ficha Individual de Investigação (BRASIL, 2007).

No caso específico da violência interpessoal e autoprovocada, a ficha de notificação dos casos utilizada pelos profissionais de saúde, possibilita a coleta de dados tanto referente às características das vítimas e da ocorrência, quanto informações referentes ao provável autor da agressão, bem como a evolução e encaminhamento dos casos. Informações dessa natureza são relevantes à medida que dão subsídios para as ações de vigilância em saúde.

2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA

No Brasil, o monitoramento das violências para fins de vigilância epidemiológica é realizado por meio da análise dos dados da declaração de óbito e da autorização de internação em hospitais públicos, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), ambos gerenciados pelo Ministério da Saúde, constituindo importante ferramenta para o conhecimento da carga das violências no país.

Foram registrados no SIM 72.576 óbitos no Brasil, no ano de 2016, decorrentes de violência, 84,2% destas corresponderam às agressões, enquanto as lesões autoprovocadas voluntariamente representaram 15,8% dos óbitos. Da totalidade de mortalidade, o Nordeste foi a região responsável pelo maior número de casos, com 27.206 mortes. Nesta região, a Bahia apresentou 7.339 óbitos, e desta forma ocupa o 1º lugar dentre os estados, seguido do Estado de São Paulo e Rio de Janeiro, com 6.815 e 6.088 mortes, respectivamente (BRASIL, 2018).

Dados do SINAN revelam que no mesmo ano tiveram 243.259 notificações de violência, sendo que 8.932 casos ocorreram no Estado da Bahia, e o município de Jequié foi responsável por 211 das ocorrências. Estas informações demonstram a magnitude dos casos, evidenciando claros indicadores de que os índices brasileiros são excessivamente elevados (BRASIL, 2018).

Em relação à faixa etária, os homicídios atingem sua máxima expressão entre os jovens dos 15 aos 24 anos, principalmente na faixa dos 20 aos 24 anos de idade, com taxas em torno de 63 homicídios por 100 mil jovens, além disso são ocorrências notadamente masculinas e entre população autodeclarada como negros e pardos (WAISELFISZ, 2011, BRASIL, 2015).

Em 2014, os homicídios representam quase a totalidade das mortes por armas de fogo 94,3% sendo maior proporção das vítimas, homens jovens, representando 94,4% dos homicídios por arma de fogo na média nacional (WAISELFISZ, 2016). Estas mortes, sobretudo em idade produtiva, repercutem diretamente na economia e em custos para o setor público.

A mortalidade por suicídio também é uma preocupação mundial e tem ocupado a agenda de pesquisadores e gestores públicos. Encontra-se entre as dez principais causas de óbito no mundo, sendo um grande problema de saúde pública. Observa-se um leve crescimento dos suicídios consumados e das tentativas. A faixa etária mais vulnerável entre homens é de 20 a 39 anos, e entre as mulheres é de 40 a 49 anos. A Região Sul apresenta as maiores taxas de mortalidade entre homens, mulheres e no total. As tentativas de suicídio prevalecem entre as mulheres. Pessoas de raça/cor branca apresentam maiores números de tentativas de suicídio no período (BRASIL, 2015).

A taxa de mortalidade por causas violentas no Brasil permanece elevada. Intervir sobre estes agravos requer estimular, construir e preservar políticas públicas integradas, parcerias, acordos, espaços e conversas entre os entes da Federação (municípios, estados e a União) nas áreas da saúde, segurança pública, educação, assistência social, esporte, cultura, trabalho e emprego (BRASIL, 2015).

De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde, o Brasil tem a sétima maior taxa de homicídio das Américas, com um índice de 31,3 mortes para cada 100 mil habitantes, segundo dados de 2016. Entre os países das Américas, o Brasil só é menos violento que Trinidad e Tobago (42,2), Jamaica (39,1), Colômbia (43,1), Venezuela (49,2), El Salvador (46,0) e Honduras (55,5). Em relação ao ano anterior houve aumento no indicador brasileiro, visto que estava de 30,5 (OMS, 2018).

O Canadá tem as menores taxas de assassinatos das Américas, com um índice de 1,5 homicídio para cada 100 mil habitantes. Outros países no topo da lista entre as menores taxas incluem Antígua e Barbuda (1,8), Chile (4,4), Cuba (5,5), Argentina (6,2), Grenada (6,3),

Estados Unidos (6,5) e Uruguai (7,4). O documento apontou ainda que as taxas europeias são significativamente inferiores às das Américas, com grande parte dos países registrando índices menores de 1 para cada 100 mil habitantes.

Considerando as limitações do SIM e SIH/SUS em descrever as características apenas dos casos violentos cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação, respectivamente, necessita-se ainda de um melhor conhecimento do perfil epidemiológico dos casos de violência, sua magnitude, distribuição e gravidade. Ademais, apesar do aumento das notificações da violência, sabe-se que ainda há subnotificação dos casos. Investir na capacitação dos profissionais para adesão às notificações de violência e na melhoria da qualidade dessas notificações é um importante passo para a elaboração de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência no Brasil.

2.3 REDE DE ATENÇÃO E DE PROTEÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Durante muito tempo não havia estabelecido uma rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência. Em 2001 este cenário político começa a sofrer significativas mudanças quando o Ministério da Saúde (MS) lança a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001), reconhecendo as violências e os acidentes como grandes influenciadores da organização social e econômica do país, considerando principalmente os impactos gerados sobre o SUS, desta forma vislumbra-se a ampliação das intervenções pautadas na prevenção e na promoção da saúde.

A partir de então são implantadas uma série de medidas objetivando a redução da morbimortalidade por violências e a cultura de paz. A notificação dos casos suspeitos e confirmados de violências contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos passa a ser uma exigência legal nos serviços de saúde. Uma importante medida e forma de dar voz para esses grupos populacionais tão (in)visíveis.

Em 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva Sinan), constituído por dois componentes: vigilância contínua que capta dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde, e vigilância sentinela (Viva Inquérito) que trabalha com pesquisa por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de

urgência e emergência, durante 30 dias consecutivos. Desta forma, o Viva ampliou o número de variáveis contempladas no monitoramento desses eventos.

O Viva tem como objetivo coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes e servir como subsídio para a formulação de políticas em saúde, com intuito de prevenir estes eventos (BRASIL, 2001, 2009; FIOCRUZ, 2009; MELLO; KOIZUMI, 2001).

Os profissionais de saúde dos centros de referência para violências, centros de referência para DST/aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros serviços dos entes federados que aderiram à Vigilância Contínua, passaram a ter como instrumento de trabalho Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada posteriormente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O fluxo da notificação de violência interpessoal e autoprovocada segue da seguinte forma: as fichas de notificação são preenchidas nas unidades de saúde, de forma contínua, e encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, onde é feita a digitação, a consolidação e a análise de dados para a implantação e o aperfeiçoamento das políticas de enfrentamento. Em seguida, as informações são encaminhadas, de forma ascendente, para as Regionais de Saúde, que, por sua vez, são enviadas às Secretarias Estaduais de Saúde, e finalmente são concentradas no Ministério da Saúde. Nessas três instâncias, são realizadas atividades de consolidação e análise de dados para aprimoramento e implantação das políticas de saúde.

Visando enfrentar o problema da violência, o MS, ao longo dos últimos anos, mobilizou diferentes setores internos e articulou-se externamente. Desta forma, a notificação pode também ser feita por outras unidades, e especificada a unidade notificadora durante o preenchimento da ficha do Sinan, a partir de então, esta deve ser encaminhada para o serviço de saúde mais próximo.

Em caso de violência contra crianças e adolescentes devem ser acionados os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA) para comunicá-los sobre o evento notificado. Tratando-se de casos de violência contra pessoas idosas, o comunicado sobre o evento notificado deverá ser encaminhado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso) ou para os órgãos de responsabilização (Delegacias Gerais ou Especializadas), em conformidade com as leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 12.461/2011 que estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde.

Por meio do Viva, em seus dois componentes, é possível o conhecimento da magnitude das causas externas das pessoas que são atendidas nos serviços de saúde. Essa vigilância

configura-se como importante ferramenta para a aquisição de informações que devem ser utilizadas para subsidiar o planejamento e a execução de medidas de prevenção das causas externas, de atenção e proteção às vítimas e de promoção da saúde e da cultura de paz (BRASIL, 2011).

A notificação subsidia a análise da situação de saúde de determinado território. No entanto, no que se refere ao contexto de atenção às pessoas em situação de violência, o processo de trabalho em rede exige ações intra e intersetoriais, com atuação integrada dos serviços, considerando aspectos de cidadania e equidade.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal e natureza descritiva, utilizando dados secundários de notificações de violência na microrregião de Jequié-Bahia, obtidos através das Fichas de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada do SINAN, do período de 2009 a 2010. De acordo com Almeida Filho e Barreto (2012), um estudo transversal é aquele em que as observações e as medidas das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo se numa radiografia estática do que ocorre num determinado momento.

Estes autores definem a pesquisa descritiva como sendo aquela cujo objetivo é fornecer informações sobre a distribuição de um evento na população, em termos quantitativos, no que se refere a sua incidência ou prevalência (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

Foi analisada a tendência dos atendimentos violência entre os anos de 2010 a 2017, desta forma o trabalho resultante deste objetivo pode ser classificado como um estudo do tipo ecológico de série temporal. Este tipo de estudo tem como objetivo comparar, em uma população geográfica definida, as taxas de morbidade e mortalidade ou outro indicador de saúde através do tempo (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido com o apoio do Núcleo Regional de Saúde Sul (NRS), localizado no município de Ilhéus, Bahia, Brasil, tendo como base os dados das Fichas de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (ANEXO A) provenientes da microrregião de saúde Jequié/BA, localizado na Macrorregião Sul.

Desde o ano de 2014, com o advento da Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014, as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) foram extintas e substituídas pelos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), tendo estes o papel de monitorar a rede de saúde e de representar a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) nas suas respectivas regiões (BAHIA, 2014).

O espaço geográfico do estado da Bahia é dividido em 28 microrregiões, definidas no Plano Diretor de Regionalização – PDR 2007 como regiões de saúde. Estas se aglutinam em 09

Macrorregiões de Saúde, que correspondem aos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), localizados em: Salvador (Leste), Feira de Santana Centro Leste), Alagoinhas (Nordeste), Ilhéus (Sul), Teixeira de Freitas (Extremo Sul), Juazeiro (Norte), Jacobina (Centro Norte), Vitória da Conquista (Sudeste) e Barreiras (Oeste) (BAHIA, 2014; 2012).

O Núcleo Regional de Saúde Sul, sediado em Ilhéus é composto pelas microrregiões de Ilhéus responsável por 08 municípios, Itabuna que responde por 22 municípios, Valença composto por 12 municípios e Jequié que abarca 25 municípios, totalizando 67 municípios coordenados pelo NRS Sul. Fizeram parte deste estudo as notificações registradas nos municípios que compõe a microrregião de saúde de Jequié, cuja população estimada é de 492.199 mil habitantes, 251.138 mil homens e 256.209 mil mulheres. Localizado na Região Sudoeste da Bahia, Jequié abarca a zona da mata e a caatinga, apresenta uma densidade demográfica de 47,07 hab/km² e tem de uma extensão territorial de 3.227,338 km² (IBGE, 2015).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo consistiu da totalidade de casos de violência notificados na microrregião de saúde do município de Jequié, disponíveis no SINAN-net, no período de 2009 a 2017. O corte do período se deve ao fato da Ficha de Notificação/Investigação de Violência interpessoal/autoprovocada passar a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, a partir do 2º semestre de 2008. No entanto apesar de compor o sistema a partir deste período, a adesão dos municípios de cada microrregião de saúde, foi gradativo, o que justifica o baixo número de notificações em 2009, de acordo com nossa análise, visto que foram disponibilizadas as notificações a partir do mês de agosto de 2009.

Foram considerados como critérios de inclusão dos casos no estudo, aqueles casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades, notificados no período do estudo. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente foram objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT, como estabelecida na ficha de notificação.

3.4 TÉCNICA PARA COLETA E FONTE DOS DADOS

Foram utilizados dados secundários obtidos das Fichas de Notificação/Investigação de Violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde. Estas fichas são referentes as violências doméstica/intrafamiliar, sexual e outras, que a partir do ano de 2006, com a criação do Viva, são eventos de notificação compulsória no Brasil, compondo atualmente a lista de doenças, agravos e eventos de saúde pública no país (BRASIL, 2016).

Para a análise da série temporal, foram utilizados dados provenientes do SINAN net, disponibilizados no site do Departamento de Informação do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde. O corte do período do estudo foi determinado pela disponibilidade das informações referentes a esses acidentes apenas para os anos estabelecidos.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para a análise dos fatores associados adotou-se a gravidade dos casos como variável dependente. O grau de gravidade dos casos foi classificado utilizando como instrumento a Abbreviated Injury Scale (AIS) (GENNARELLI TA; WODZIN, 2006; BUTCHER; BALOGH, 2011).

Os dados foram selecionados das fichas de notificação que estão registrados no SINAN, o principal sistema de informação da saúde para registro de doenças e agravos de notificação compulsória. As variáveis analisadas foram:

- Características sociodemográficas: sexo, idade categorizada em faixa etária, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, ocupação;
- Características epidemiológicas: município, zona e local de ocorrência, data da ocorrência da violência, turno categorizado com base na informação da hora de ocorrência, recorrência analisada por meio do preenchimento da pergunta “Ocorreu outras vezes?”, motivação da violência, tipo de violência, meio de agressão, natureza da lesão, segmento corporal afetado, se possui algum tipo de deficiência/transtorno, números (agressores) de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do provável autor da violência, suspeita do uso de álcool (pelo agressor), encaminhamentos referidos, evolução.

Diante das possibilidades de faixas etárias, neste estudo foi considerado o conceito de maioria do ponto de vista legal, estabelecido aos 18 anos, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Conforme Lei nº. 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos

de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 20), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142). O conceito de menor fica subentendido para os menores de 18 anos (BRASIL, 1990).

3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para avaliação da gravidade da lesão foram incluídos todos os casos notificados de violência no período de 2009 a 2017, com informações sobre as lesões anatômicas apresentadas pelas vítimas e registradas na ficha de notificação que possibilite a classificação adequada da gravidade da lesão de acordo com os critérios de Abbreviated Injury Scale (IAS) e escores do Injury Severity Score (ISS). As notificações de violência, cujo registro não continham informações sobre a gravidade da lesão que tornasse possível os cálculos do ISS foram excluídas da análise.

Para análise temporal das notificações de violência foi excluído o ano de 2009 devido a não completude dos dados em relação aos meses de registro das notificações disponibilizados para o estudo. Assim, no intuito de padronizar a comparação dos dados em relação aos anos estudados, foram utilizados na análise dos dados apenas as notificações do período de 2010 a 2017.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

O plano de análise dos dados foi apresentado separadamente, conforme objetivos estabelecidos para originar os dois manuscritos da dissertação. Todas as análises foram realizadas com o uso do *Software for Statistics and Data Science - STATA*, versão 12.0®.

Para o primeiro manuscrito utilizou-se procedimentos da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial para análise dos dados. Posteriormente, verificou-se os fatores associados à gravidade das lesões por violência, através da análise bivariada entre a variável dependente (gravidade das lesões) e as variáveis independentes (demais variáveis do estudo). Para isso, comparou-se proporcionalmente o grupo de indivíduos que apresentaram lesões leves com aqueles tiveram lesões classificadas como moderada ou grave, sendo utilizado o Teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar a diferença entre os grupos. O nível de significância estatística foi fixado em 5% (valor de $p < 0,05$). Todas as lesões anatômicas apresentadas pelas vítimas e registradas na ficha de notificação, foram classificadas segundo a

Abbreviated Injury Scale (AIS) definindo-se a gravidade do trauma após calcular escores do Injury Severity Score (ISS). A AIS é um dicionário com linguagem universal, que fornece medidas de gravidade da lesão que podem ser usadas para estratificar e classificar a gravidade da lesão em todas as regiões do corpo (GENNARELLI TA; WODZIN, 2006; BUTCHER; BALOGH, 2011). As notificações de violência, cujo registro não continham informações sobre a gravidade da lesão que tornasse possível os cálculos do ISS foram excluídos da análise.

Para análise temporal das notificações de violência, foram calculados os coeficientes de incidência das violências física, sexual, psicológica e tortura, notificadas ao longo de sete anos (2010 a 2017). Foi excluído da análise o período de 2009 devido a não completude dos dados em relação aos meses desse ano. Para o cálculo do coeficiente de incidência foram considerados o número de casos notificados de violência como numerador e a população estimada para o mesmo sexo e ano como denominador. Tomou-se como base do cálculo a população estimada para o mesmo ano e sexo, residentes nos municípios que compõem a microrregião de Jequié, no período, para cada 100.000 habitantes, de acordo com os dados do último censo demográfico em 2010, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/DATASUS).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), sob parecer nº 2.346.633 (ANEXO B). Foi solicitado ao CEP-UESB a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista a utilização de dados de fonte secundária.

Neste estudo foram observadas as recomendações previstas na Resolução nº 466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). Assegurada a confidencialidade e a privacidade dos dados do participante, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Após parecer favorável foi encaminhado um ofício a diretoria do NRS Sul, solicitando a autorização para a realização do estudo e disponibilidade dos dados que foram prontamente cedidos.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão dispostos na forma de dois manuscritos científicos, elaborados e apresentados conforme as normas dos periódicos selecionados para a submissão.

A seleção dos temas de cada manuscrito visa contemplar os objetivos propostos no estudo. Nesse sentido, os manuscritos elaborados foram “Fatores Associados aos casos de violência notificados em microrregião de saúde da Bahia” e “Análise temporal dos casos de violência notificados em microrregião de saúde da Bahia”, apresentados a seguir.

4.1 MANUSCRITO 1: Fatores associados aos casos de violência notificados em microrregião de saúde da Bahia.

O manuscrito será submetido à **Revista Cadernos de Saúde Pública (A1)** e foi elaborado conforme as instruções desse periódico para autores, disponíveis em <http://www.scielo.br/revistas/csp/pinstruc.htm>.

FATORES ASSOCIADOS AOS CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS EM MICRORREGIÃO DE SAÚDE DA BAHIA

Jeniffer Souza Silva, Adriana Alves Nery

Resumo

O presente estudo objetivou verificar fatores associados à gravidade das lesões por violência notificadas em uma microrregião de saúde do interior da Bahia, entre 2009 e 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, de natureza descritiva e exploratória baseado em dados secundários disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net) referente a microrregião de saúde de Jequié. Utilizou-se da Abbreviated Injury Scale (AIS), para definir a gravidade da lesão provocada por violência como leve, moderada ou grave. Foram utilizadas as informações sociodemográficas da vítima e da violência da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. A análise dos dados foi realizada através do software Stata® 12.0. Para a análise bivariada entre o desfecho do estudo (gravidade da lesão) e as variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, foram utilizados os testes do Qui-quadrado (χ^2) e o Exato de Fisher, considerado um nível de confiança de 5%. Os resultados do presente estudo revelam que as principais pessoas em situação de violência foram jovens adultos (58,4%) do sexo masculino (67,7%), autodeclarados como pardos (82,2%) e negros, com escolaridade até ensino fundamental incompleto e completo (71,6%). Foram constatadas associação do desfecho gravidade da lesão com as variáveis sexo, faixa etária, pessoa com deficiência, relação com o (a) agressor (a), encaminhamento, local de ocorrência, parte do corpo afetado, meio de agressão e co-ocorrência ($p < 0,05$). Diante deste estudo, reforça-se a necessidade da comunicação de vários segmentos da sociedade, a fim de alcançar a prevenção da violência e a promoção da saúde.

Palavras-chave: Violência; Notificação; Gravidade.

Abstract

The present study aimed to verify factors associated with the severity of reported injuries in a health micro-region in the interior of Bahia between 2009 and 2017. This is a cross-sectional epidemiological study of descriptive and exploratory nature based on secondary data available in the System Information System (SINAN Net) for the health micro-region of Jequié. The Abbreviated Injury Scale (AIS) was used to define the severity of the injury caused by violence as mild, moderate or severe. The sociodemographic information of the victim and the violence of the report card of interpersonal and self-violence was used. Data analysis was performed using Stata® 12.0 software. For the bivariate analysis between the outcome of the study (severity of the lesion) and sociodemographic and epidemiological variables, Chi-square (χ^2) and Fisher's Exact tests were used, considered a confidence level of 5%. The results of the present study reveal that the main people in the situation of violence were young adults (58.4%) male (67.7%), self-declared as browns (82.2%) and blacks, incomplete and complete (71.6%). The association between the severity of the injury and the gender, age, disability, relationship with the aggressor, referral, place of occurrence, affected part of the body, aggression and co-occurrence ($p < 0.05$). In the light of this study, the need to communicate in various segments of society is reinforced in order to achieve violence prevention and health promotion.

Keywords: Violence; Notification; Gravity.

INTRODUÇÃO

A violência produz alta morbimortalidade em todos os países do mundo, tendo se configurado como um problema de saúde pública de grande magnitude. Deste modo, as consequências para a sociedade, alcança desde a esfera familiar até a segurança pública. Fenômeno esse, que viola os direitos humanos, impactando no que se refere ao direito à vida, à saúde, à integridade física e psicológica¹.

Segundo Minayo², a violência é múltipla e acompanha toda a experiência da humanidade. É parte intrínseca da vida social e resultante das relações, da comunicação e dos conflitos de poder. É um fenômeno vivenciado, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, da vítima e de outros que presenciam.

Por ser histórica e possuir características da sociedade que a produz, a violência pode aumentar ou diminuir pela força da construção social³. As redes sociais podem ajudar no desenvolvimento das comunidades, na proteção da população e na parceria de instituições que atuam de forma isolada⁴.

Um dos grandes avanços no reconhecimento da necessidade de criação de instrumentos que facilite a investigação e confirmação dos casos suspeitos de violência, se deu a partir da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) elaborada em 2001, pelo Ministério da Saúde (MS)⁵. E como resposta foi criada a Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violência, no intuito de identificar, prever e promover ações que reduza ou até mesmo elimine atos violentos, além de promover a saúde, a cultura de paz, equidade e a qualidade de vida⁶.

Em 2014, a notificação de violência passou a integrar a lista de notificação compulsória como instrumento para todos os serviços de saúde, proporcionando comunicação e integração com a rede intersetorial através do fluxo de referência e contrarreferência. Nesse sentido, é necessário que a região de saúde esteja estruturada e organizada em rede, permitindo a articulação entre a rede de saúde, a rede da assistência social, os demais serviços especializados e a sociedade civil organizada existentes no território, para fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral à todas as pessoas em situação de violências.

O instrutivo de notificação estabelece como objeto de notificação de violência no Sinan Net, os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono,) sexual, autoprovocada,

tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens de todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objeto de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoa com transtornos mentais, indígenas e população identificada como lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT)⁷.

A gravidade desses eventos depende de diferentes fatores, como meio de agressão, natureza da lesão, parte do corpo atingida, idade da vítima, números de agressores dentre outras variáveis que foram analisadas no decorrer desta pesquisa. É necessário despertar a atenção dos profissionais para a identificação e a compreensão mais aprofundada do cuidado em quatro dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social.

Neste sentido, considerando a necessidade de novos estudos para o melhor entendimento da violência, bem como o seu impacto na saúde, justifica-se este estudo que teve por objetivo verificar fatores associados à gravidade das lesões por violência notificados em uma microrregião de saúde do interior da Bahia, entre 2009 e 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, de natureza descritiva e exploratória baseado em dados secundários disponibilizados pela Núcleo Regional de Saúde Sul, também disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – versão Net (Sinan Net), referente a microrregião de saúde de Jequié, localizado na macrorregião Sul, no período compreendido entre 2009 a 2017.

A resolução CIB n° 275/2012 reconhece as 28 microrregiões de saúde do estado da Bahia, estas estão distribuídas nas 09 macrorregiões de saúde, que correspondem aos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), estabelecidas pela Lei n° 13.204, de 11 de dezembro de 2014. Os núcleos estão localizados em: Salvador (Leste), Feira de Santana (Centro Leste), Alagoinhas (Nordeste), Ilhéus (Sul), Teixeira de Freitas (Extremo Sul), Juazeiro (Norte), Jacobina (Centro Norte), Vitória da Conquista (Sudeste) e Barreiras (Oeste)^{8,9}.

A microrregião de saúde de Jequié, composta por 25 municípios do interior da Bahia, está localizado na macrorregião sul, a qual é constituída por 67 municípios. Na microrregião estudada existe uma população estimada de 492.199 mil habitantes, 251.138 mil homens e 256.209 mil mulheres¹⁰.

Foram utilizadas as informações sociodemográficas da vítima, do agressor e da violência coletadas a partir da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Esta notificação compulsória constitui a VIVA (Vigilância de Violências e Acidentes) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Do total de 3.477 casos notificados na microrregião de Jequié apenas 1.719 (49,4%) foram analisados, tendo como critérios de inclusão os casos que apresentaram as informações referente à variável segmentos corporais afetados e meio de agressão utilizado, possibilitando desta forma aplicar os critérios para definição das características das lesões e posterior classificação.

A variável dependente principal do estudo foi a gravidade da lesão, definida em leve, moderada ou grave, com base na Abbreviated Injury Scale (AIS). Para a classificação segundo a escala, é necessário que o ferimento esteja associado a um segmento corporal (cabeça/pescoço/face, abdômen/pelve, tórax, membros e múltiplas regiões), a partir dessa associação surge o valor de escore de gravidade, que compreende as classificações de zero a seis. Assim, as lesões recebem os seguintes escores: leve (AIS 1); moderada (AIS 2); grave sem ameaça à vida (AIS 3); grave com ameaça à vida, porém com grande probabilidade de sobrevivência (AIS 4); crítica, com sobrevivência incerta (AIS 5) e quase sempre fatal (AIS 6)¹¹.

Para fins de análise de dados do presente estudo, os escores usado na composição da variável dependente foram categorizados em AIS 1 (leve); AIS 2/ AIS 3 (moderada); e AIS 4/ AIS 5/ AIS 6 (grave). Optou-se por agrupar os casos críticos aos que resultaram em óbito da vítima devido maior semelhança de suas características clínicas, bem como pelo fato dos mesmos estarem associados e/ou serem decorrentes de lesões de natureza grave.

As variáveis sociodemográficas da vítima e do agressor, bem como a respeito das condições de ocorrência da violência foram avaliadas como variáveis independentes. O sexo da vítima foi dicotomizado em feminino e masculino; a faixa etária categorizada em ≤ 18 , de 19 a 39, 40 a 59 ou ≥ 60 anos; a escolaridade em não alfabetizado, até ensino fundamental, até ensino médio ou até ensino superior; situação conjugal foi dicotomizado em com companheiro (a) (casado (a)/união estável) ou sem companheiro (a) (solteiro (a), separado (a) e viúvo (a)); raça/cor em branca, preta ou parda. Em relação as condições de ocorrência da violência foram utilizadas informações a respeito do tipo de violência perpetrada se física, psicológica, sexual, tortura; a recorrência analisada por meio do preenchimento da pergunta “Ocorreu outras vezes?”; a motivação da violência classificada em: preconceito (sexismo, homofobia, lesbofobia, transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional ou deficiência), situações de rua ou outros. O turno de ocorrência foi classificado com base no

horário da ocorrência registrado na ficha (diurno ou noturno); a zona de ocorrência (rural, urbano ou periurbano); o local de ocorrência em: outros espaços da comunidade (habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, comércio/serviços, indústria/construções ou outros), residência ou via pública; o meio de agressão em: força física (força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente); outros (envenenamento, substância, objeto quente, ameaça); arma branca ou arma de fogo; e o segmento corporal afetado foi categorizado em: cabeça/pescoço, tronco, membros superiores/inferiores ou múltiplas regiões corporais.

Foi analisado ainda se a vítima possui algum tipo de deficiência/transtorno; números de (agressores) envolvidos (um, dois ou mais); vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida categorizada em: familiares (pai, mãe, padrasto, madrasta, filho (a) ou irmão (ã)), companheiro (a)/ex-companheiro (a) (cônjuge, ex-cônjuge, namorado (a) ou ex-namorado (a)); conhecidos/amigos (cuidador(a), patrão ou pessoa com relação institucional); desconhecidos (pessoas desconhecidas ou policial/agente da lei) ou a própria pessoa; sexo do provável autor da violência (masculino, feminino e ambos quando houve mais de um agressor); suspeita do uso de álcool pelo agressor; encaminhamentos referidos e evolução.

A análise dos dados foi realizada com o *Software for Statistics and Data Science - STATA*, versão 12.0®. Para a análise bivariada entre o desfecho do estudo (gravidade da lesão) e as variáveis sociodemográficas da vítima, agressor e condições de ocorrência da violência, foram utilizados os testes do Qui-quadrado (χ^2) e o Exato de Fisher, considerado o nível de confiança de 5%.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié, atendendo aos preceitos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado sob CAAE número 78524217.0.0000.0055 e parecer de número 2.346.633. Após aprovação, foi encaminhado um ofício para a direção do NRS Sul com o parecer do CEP/UESB, solicitando a autorização para realização da pesquisa através da disponibilidade dos dados.

RESULTADOS

No período de 2009 a 2017 foram notificados 3.477 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências na microrregião de Jequié/BA. Destes, foi possível classificar a gravidade da lesão em 1719 (49,4%) casos, visto que em 50,6% dos registros não continham as

informações pertinentes para gerar a variável referente a escala ao escore de gravidade - AIS, como a parte do corpo afetada e natureza do ferimento.

Os resultados do presente estudo mostraram que do total de lesão traumáticas notificadas, 53,5%, foram classificadas como moderada, 24,8% leve e 21,7% graves. Os tipos de violência mais frequentes foram a física (97,1%), seguida da psicológica (10,1%), sexual (3,6%) e tortura (2,3%). Outros tipos como suicídio/tentativa de suicídio foram observados em (0,3%) das notificações. Ressalta-se que, em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de violência.

No que se refere ao perfil dos casos de violência notificados (Tabela 1), observou-se maior ocorrência no sexo masculino (67,7%), com idade entre 19 e 39 anos (58,4%), de raça/cor parda (82,2%), com ensino fundamental completo/incompleto (71,6%), que viviam com companheiro (77%). Em 52,1% das notificações de violência o agressor era desconhecido da vítima. A maioria dos casos ocorreram no turno noturno (57,7%), na zona urbana (87,3%), sendo a via pública (53,2%) o principal cenário da violência. A força física (42,0%) aparece como o meio da agressão mais utilizado e a cabeça/pescoço (38,3%) a parte do corpo mais afetada. Pode-se observar ainda que apenas 31% das notificações de violência referia encaminhamentos para outras instituições que compõem a rede de referência para violência. Em relação ao agressor, observou-se que a maioria das notificações de violência foram perpetrada por agressores do sexo masculino (91,4%), tendo como motivação as situações de rua (68,5%) e sem fazer uso de álcool (65,2%) (Tabela 1 e 2).

Na análise bivariada, verificou-se associação entre gravidade da lesão e as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, presença de deficiência, relação entre vítima e agressor, encaminhamento, local da ocorrência, parte do corpo afetada, meio de agressão e recorrência ($p < 0,05$). A natureza da lesão foi excluída da análise por está diretamente relacionada ao desfecho.

Em relação a gravidade da lesão observou-se uma prevalência significativamente maior de casos envolvendo lesão leves entre indivíduos do sexo feminino (38,7%), na faixa etária de ≥ 60 anos (37,3%), sem deficiência, tendo os familiares e companheiro/ex-companheiro como principais agressores (35,8% e 34,4%, respectivamente), não houve encaminhamento para outros serviços (25,3%). As lesões de gravidade moderada foram significativamente maiores entre os indivíduos do sexo masculino (53,8%), na faixa etária de 19 a 39 (54,4%) e 40 a 59 anos (56,8%), sem nenhum tipo de deficiência (53,9%), envolvendo o companheiro/ex-companheiro (57,7%) e conhecidos/amigos como principais agressores (56,1%). Observou-se ainda que em 59,7% dos casos notificados de gravidade moderada foram referidos

encaminhamentos para outras instâncias da rede de apoio. Já as lesões de natureza grave foram significativamente maiores entre homens (28%), na faixa etária de 19 a 39 anos (23,5%), sem deficiência física (23,5%) e perpetrada pelo próprio indivíduo (58,3%) (tabela 1).

Os resultados (tabela 2) revelam ainda que dentre as notificações que causaram lesões leves, os outros espaços da comunidade são os principais locais de ocorrência (34,1%), acometendo em grande parte a cabeça e pescoço (32,1%), com a força física (46%), em co-ocorrência em 35,6% dos casos. Já nas lesões de gravidade moderada, houve mais casos nos espaços residenciais das vítimas (54,4%), atingindo membros inferiores e superiores (76,5%) por arma branca (59%), com recorrência de 51,1%. Enquanto que as lesões graves preponderaram na via pública (27,4%), tendo o tronco (57,5%), seguido dos múltiplos órgãos como principais segmentos corporais afetados, por arma de fogo (44%), com 13,3% de violência de repetição.

DISCUSSÃO

A violência é um fenômeno que acompanha toda a história da humanidade e acarreta consequências negativas para saúde individual e coletiva¹². Este evento exerce um grande impacto social e econômico sobre o SUS, desta forma as intervenções pautadas na prevenção e na promoção da saúde precisam ser ampliadas e o enfrentamento da violência realizado conforme efetivação de ações intersetoriais em rede de atenção.

Segundo os resultados apresentados, os tipos de violência mais frequentes foram física seguida da psicológica e sexual. Outros estudos realizados em estados diversos, corroboram com esses achados, sendo a violência física mais frequente quando comparado com os demais tipos de violência^{13,14}. Em relação aos dados sociodemográficos dos casos notificados, o sexo masculino teve maior frequência superando o do sexo feminino especialmente para o caso da violência física.

Segundo o presente estudo, a maioria dos casos ocorreu entre jovens e adultos (19 a 39 anos) com baixa escolaridade, que tem companheiro (a). De certa forma, a situação conjugal pode estar associada a notificação por violência segundo características da vítima e do agressor por sexo, faixa etária e relação com agressor, o que reafirma outras pesquisas que atribuem para essas características potencializando a vulnerabilidade de mulheres e homens frente a esse contexto de violência^{15,14}.

De maneira geral, crianças mulheres e pessoas idosas são mais acometidas por situações de violência por serem consideradas populações vulneráveis, porém os resultados deste estudo

apontam a população masculina como vítimas mais frequentes, o que pode ser justificado pela maior subnotificação dos casos envolvendo violência doméstica¹⁶.

Evidencia-se também, o fato de que os atos de agressões que se propagam em ambiente familiar, ou seja, na própria residência, perpetrada por pessoas conhecidas e de confiança da família, são pouco identificadas como violência, pois o ambiente doméstico pode expressar subordinação e dominação do homem sobre a mulher, por isso naturalizados e banalizados, em função de aspectos culturais¹².

Em se tratando das situações de violência que geraram lesões leves, estas envolviam em maior proporção as mulheres dentro da própria residência. Enquanto que os ferimentos classificados como moderados ou grave ocorreram mais na população masculina, tendo a via pública (27,4%) como cenário principal. Nota-se que a diferença nas frequências está também associada à gravidade dos atos e característica da vítima¹⁷. Estudos que tratam apenas da situação de violência por parceiro íntimo, os homens caracterizaram-se pela condição de perpetradores¹⁶. No entanto, quando se considera todos os tipos de violência notificadas, estes ocupam também o lugar de vítima.

Traçando um paralelo com o perfil do (a) agressor (a), as agressões desencadeadas pelos companheiros (a) e ex-companheiros (as), geraram mais lesões moderadas (57,7%) seguidas de leves (34,3%), que tiveram o sexo masculino como principais responsáveis, com 609 (52,8%) e 284 (24,6%) respectivamente. Outras pesquisas constataam que, em se tratando das agressões entre parceiros íntimos, as mulheres evidenciam mais situações de múltiplas recorrências, o que reforça os resultados deste estudo^{17,18,19}.

As agressões provocadas pela própria pessoa, culminaram em maior proporção em lesões graves (58,3%), caracterizando principalmente os suicídios, tentativa de suicídio e/ou automutilação. Entre as lesões de maior gravidade apenas 31 casos tiveram recorrência, normalmente estes são os casos não relacionados a recorrência da violência, sendo em geral um evento único.

Conforme pesquisa feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²⁰, a prevalência de violência cometida por pessoa desconhecida na população com idade \geq a 18 anos no Brasil, em 2013, foi de 3,1%, significativamente maior entre os homens quando comparadas às mulheres. Resultado que corrobora com o dessa pesquisa, visto que houve número considerável de violência provocada por pessoas desconhecidas, principalmente aqueles que culminaram em lesões graves, que por sua vez tiveram os homens como maiores vítimas.

No que se refere às variáveis partes do corpo afetadas e o meio de agressão, os resultados revelaram maior número de ferimentos moderados e leves, provocados por violência com força física, sendo cabeça e pescoço os principais membros a serem atingidos. Enquanto as lesões graves, são causadas pelas armas de fogo afetando em maior proporção o tronco e múltiplos órgãos. Estudo realizado na Região Norte no estado do Paraná, evidenciou que as partes mais afetadas por agressão foi genitália, múltiplos órgãos, cabeça/face, pescoço e tórax¹⁹.

As lesões leves desferidas em sua maioria em cabeça e pescoço, por preferência do agressor, reflete o sentimento de posse do homem sobre a mulher na intenção de humilha-la, desencadeando efeitos permanentes sobre a autoestima e autoimagem. No geral, não causam maiores consequência a nível de integridade física. No entanto, tem sérias implicações na desestabilidade emocional e desestrutura familiar, o que contribui para a perda da qualidade de vida entre as pessoas, aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência e absenteísmo à escola e ao trabalho⁵.

As lesões graves, causadas por armas de fogo, atinge com maior intensidade a integridade corporal, com grande potencial para levar o indivíduo a morte, no entanto, deixam também grandes traumas psicológico e físicos não-letais que por sua vez, geram incapacidades para ocupações habituais de forma provisória ou permanentes e deformidades. Estes traumas, oneram demasiadamente os serviços de saúde, devido a manutenção do paciente ocupando vagas em leitos hospitalares, gastos com medicamentos, tratamentos cirúrgicos, bem como assistência de alta complexidade²¹.

A violência armada continua sendo uma fonte de morbidade e mortalidade de pacientes traumatizados anualmente. Em 2016, as taxas de homicídios por arma de fogo no Brasil foi 21,6 por 100 mil habitantes²². Valor semelhante aos encontrados em alguns países, como por exemplo Guatemala com 21,82 ou ainda a Colômbia e Venezuela, 38,1 e 32,7 por 100.000 habitantes, respectivamente²³. Os altos níveis de violência armada demonstram a magnitude deste evento que reflete diretamente na organização dos serviços de saúde do SUS.

A desigualdade econômica e social, associada ao sistema de segurança pública que deixa a desejar, a existência de mercados negro, facções criminosas e o elevado uso indiscriminado de armamento no Brasil, são fatores que favorecem as mortes violentas no país. No período de 2006 a 2016, o crescimento na taxa de homicídio por arma de fogo foi de 15,4%²².

As violências que geraram lesões graves tiveram o menor percentual (16,5%) de encaminhamento da vítima para outros serviços, enquanto as moderadas obtiveram 59,7% casos encaminhados. Este resultado diverge de outra pesquisa, na qual aponta que os casos que chegam aos serviços de saúde são os de maior gravidade²⁴.

Para que as notificações das violências sejam realmente efetivas, é imprescindível uma articulação entre os serviços que compõem a rede de cuidado e proteção às pessoas em situação de violência, para que haja o devido encaminhamento do indivíduo para a rede de atenção à saúde e aos demais serviços, de acordo a necessidade de cada ocorrência²⁵.

Pode-se considerar como uma das limitações deste estudo, as subnotificações das denúncias no sistema de informações utilizado, o que por sua vez, impossibilita uma análise ampla das condições de saúde e ocorrência da violência. O preenchimento incompleto da ficha de notificação não permite revelar a real magnitude do problema na população. Ressalta-se ainda o fato de muitas violências não serem notificadas, visto que as vítimas não procuram os órgãos competentes para encaminhamento dos casos, muitas vezes por medo da impunidade. Logo a violência pode ser muito maior que a revelada. Questiona-se sobre a confiabilidade dessas informações referente ao encaminhamento da vítima, dado que o encaminhamento tido como não referido, foi responsável por 69% das notificações.

O subregistro de informações no preenchimento do instrumento utilizado pelo SINAN pode ser explicado por fatores como a desapropriação do instrumento de notificação que pode levar o profissional de saúde a subestimar a relevância das informações e não as priorizar de forma correta, favorecendo o não preenchimento dos campos obrigatórios, ou até mesmo, digitação incorreta e duplicidade dos dados. Deve-se ressaltar que, na versão da ficha de notificação publicada em 2014 pelo Ministério da Saúde, foram incluídos os campos “orientação sexual”, “identidade de gênero” e “motivo da violência”, dados portanto ainda recentes. Porém, neste estudo as variáveis referentes a orientação sexual e identidade de gênero se quer foram preenchidas, dificultando a análise situacional de saúde^{26,27}.

Ademais, mesmo diante da incompletude e subnotificação das ocorrências, é de suma importância, publicizar os dados secundários, pois além de dá visibilidade ao tema, isso demonstra uma transparência do poder público.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo revelam que as principais pessoas em situação de violência foram jovens adultos do sexo masculino, autodeclarados como pardos e negros, com escolaridade até ensino fundamental incompleto e completo. Foram constatadas associação do desfecho gravidade da lesão com as variáveis sexo, faixa etária, portador de deficiência, relação com o (a) agressor (a), encaminhamento, local de ocorrência, parte do corpo afetado, meio de agressão e recorrência; se manifestando como um grave problema de saúde pública.

Diante disso, evidencia-se que este evento tem se manifestado ao longo do tempo, mantendo um perfil característico, das pessoas que vivenciam a violência. Este estudo reforça dados já publicados em outras pesquisas, que dentre as violências notificadas, a violência física apresenta alta frequência na população masculina, envolvendo atos violentos em via pública, perpetrados por pessoas desconhecidas. Estes casos em sua maioria, desencadearam lesões moderada e grave, necessitando de maior permanência hospitalar com tratamentos de alto custo. O número significativo de casos, implica ainda no comprometimento da qualidade na assistência à saúde.

Já as mulheres, na faixa etária ≥ 60 anos, sofrem mais com as violências provocadas por familiares, companheiros e ex-companheiros, em âmbito domiciliar, desencadeando lesões leves. Apesar de não ganharem muita visibilidade, estes são casos que vem sendo perpetuados de forma recorrente, devastadora e silenciosa, afetando a qualidade de vida das vítimas, bem como das pessoas que as rodeiam.

Vale ressaltar que o preenchimento incorreto e/ou inadequado das fichas de notificações se apresentaram como uma limitação do estudo. Desta forma, percebe-se a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam na rede de saúde, utilizando o instrutivo de preenchimento da ficha de notificação para obter resultados fidedignos e condizentes com a realidade que se encontra a vítima.

Diante deste estudo, reforça-se a necessidade da comunicação de vários segmentos da sociedade. A saber, o serviço social, a justiça, a segurança pública e a saúde, a fim de alcançar a prevenção da violência e a promoção da saúde. Nesta perspectiva, a resposta ao evento deve constituir-se como uma ação multissetorial que envolva a rede intersetorial de forma articulada e sistematizada, no intuito de promover intervenções que demandem menos tempo, com pouca burocracia e sejam mais eficazes.

REFERÊNCIAS

1. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*. 2015 Apr;385(9978):1685-95.
2. Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

3. Njaine K. (Org.). Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.
4. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2002; (7)4: 925-934.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da união, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1.*
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.*
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário da União, Brasília/DF, 17 de fevereiro de 2016. Seção I.*
8. BAHIA. Resolução CIB nº 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. SESAB: Salvador, 2012.
9. BAHIA. Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Casa Civil. *Diário Oficial do Estado da Bahia. Salvador, 2014.*
10. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>. Acesso em 23 de Set. de 2018.
11. Gennarelli TA, Wodzin E. AIS 2005: a contemporary injury scale. *Injury* 2006; 37:1083-91.
12. Sinimbu RB, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Santos MR, Freitas MG. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. *Revista saúde em foco.* 2016 jun; 1(1):1-14.

13. Silva LEL, Oliveira MLC. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2016; 25(2):331-342.
14. Holanda ER, Holanda VR, Vasconcelos MS, Souza VP, Galvão MTG. Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2018; 31(1): 1-9.
15. Gomes NP, Diniz NMF, Camargo CL, Silva MP. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)* 2012 jun;33(2):109-116.
16. Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, Figueiredo WS, Albuquerque FP. Men, masculinity and violence: a study in primary health care services. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(4):790-803.
17. Barros CRS, Schraiber LB. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. *Rev Saude Publica.* 2017; 51(7):1-10.
18. Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araujo MAL, Silva RM. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013 jul.-ago;21(4):[08 telas].
19. Gomes VR, Lima VLA, Silva AF, Sena LX, Santos ACB. Violência contra a mulher na região norte: a versão da mídia impressa paraense. *Revista do laboratório de Estudos da Violência da UNESP, Marília.* 2014 nov. Ed. 14: 113-128.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.* Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
21. Malta DC, Minayo MCS, Filho AMS, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. Mortality and years of life lost by interpersonal violence and self-harm: in Brazil and Brazilian states: analysis of the estimates of the Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2017; 20(suppl.1):142-156.

22. Cerqueira DC, Lima RS, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, et al. Atlas da violência 2018. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Rio de Janeiro 2018 jun. p.93.
23. Webster DW, Cerdá M, Wintemute GJ, Cook PJ. Epidemiologic Evidence to Guide the Understanding and Prevention of Gun Violence. *Epidemiol Ver.* 2016 feb;38(1):1-4.
24. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, et al. Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017; 22(9):2929-2938.
25. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Process of dealing with violence against women: intersectoral coordination and full attention. *Saúde Soc.* São Paulo, 2014; 23(3):45-52.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília: 2014.
27. Girianelli VR, Ferreira AP, Vianna MB, Teles N, Erthal RMC, Oliveira MHB. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. *Cad. Saúde Colet.*, 2018, 26 (3): 318-326.

Tabela 1. Caracterização dos casos de violência notificados, segundo variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, na microrregião de Jequié. Bahia. Brasil. 2009 a 2017.

Variáveis	% resposta	N	%
Sexo (n= 1.719)	100,0		
Feminino		556	32,3
Masculino		1163	67,7
Faixa Etária – em anos (n=1.719)	100,0		
≤ 18		303	17,7
19 – 39		1004	58,4
40 – 59		310	18,0
≥ 60		102	5,9
Situação Conjugal (n= 1.276)	74,2		
Com companheiro (a)		983	77,0
Sem companheiro (a)		293	23,0
Escolaridade (n=588)	34,2		
Não alfabetizado		44	7,5
Até Ensino Fundamental		421	71,6
Até Ensino Médio		108	18,4
Até Ensino Superior		15	2,5
Cor/Raça (n=1.482)	86,2		
Branca		98	6,6
Preta		166	11,2
Parda		1218	82,2
Possui deficiência (n= 1.347)	78,3		
Sim		84	6,2
Não		1263	93,8
Relação com o (a) agressor (a) (n= 1.261)	73,3		
Famíliares		81	6,4
Companheiro (a) E Ex-companheiro (a)		175	13,9
Conhecidos / Amigos		312	24,7
Desconhecidos		657	52,1
Própria Pessoa		36	2,9
Sexo do(a) agressor(a) (n= 1.240)	73,4		
Feminino		87	7,0
Masculino		1153	93,0
Nº de Agressores (n=1.349)	78,5		
Um		1001	74,2
Dois ou mais		348	25,8
Motivação da violência (n=292)	17,0		
Preconceitos		39	13,4
Situações de rua		200	68,5
Outros		53	18,1
Uso de Álcool pelo agressor (n=879)	51,1		
Sim		306	34,8
Não		573	65,2
Turno da admissão (n = 1.210)	70,4		
Diurno		512	42,3
Noturno		698	57,7
Zona de Ocorrência (n= 1.513)	88,0		
Urbana		1321	87,3
Rural		168	11,1
Periurbana		24	1,6
Local de Ocorrência (n= 1.351)	78,6		
Residência		460	34,1
Outros espaços da comunidade		173	12,8
Via pública		718	53,2

Segmento Corporal afetado (n= 1.718)	99,9		
Cabeça/Pescoço		657	38,3
Tronco		409	23,8
MMSS e MMII		387	22,5
Múltiplas regiões		265	15,4
Meio de agressão (n= 1.718)	99,9		
Força Física		722	42,0
Arma Branca		493	28,7
Arma de Fogo		450	26,1
Outros		53	3,1
Classificação da gravidade da lesão (n=1719)	100,0		
Leve		427	24,8
Moderado		919	53,5
Grave		373	21,7
Recorrência de violência (n= 1.213)	70,6		
Sim		233	19,2
Não		980	80,8
Encaminhamento (n=1.719)	100,0		
Referido		533	31,0
Não referido		1186	69,0

Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan/ Ministério da Saúde. 2018.

Tabela 2. Análise bivariada das características da vítima e do agressor (a), segundo gravidade da lesão. SINAN, microrregião de Jequié-BA (2009 a 2017).

Variáveis	Gravidade da Lesão										Valor de p
	Leve ¹		Moderado				Grave				
	N	%	N	%	RP	IC _{95%}	N	%	RP	IC _{95%}	
Sexo											
Feminino	215	38,7	293	52,7	-	-	48	8,6	-	-	<0,001
Masculino	212	18,2	626	53,8	1,02	0,92 – 1,12	325	28,0	3,23	2,43 – 4,30	
Faixa Etária (anos)											
≤ 18	86	28,4	147	48,5	-	-	70	23,1	-	-	<0,001
19-39	219	21,8	546	54,4	1,12	0,98 – 1,27	239	23,8	1,03	0,81 – 1,30	
40 – 59	84	27,1	176	56,8	1,17	1,00 – 1,36	50	16,1	0,69	0,50 – 0,96	
≥ 60	38	37,3	50	49,0	1,01	0,80 – 1,27	14	13,7	0,50	0,35 – 1,00	
Situação Conjugal											
Com companheiro	220	22,4	523	53,2	-	-	240	24,4	-	-	0,270
Sem companheiro	78	26,6	152	51,9	0,97	0,86 – 1,10	63	21,5	0,88	0,68 – 1,12	
Escolaridade											
Não alfabetizado	22	50,0	16	36,4	-	-	06	13,6	-	-	0,057
Até Ensino Fundamental	108	25,6	212	50,4	1,38	0,92 – 2,07	101	24,0	1,75	0,81 – 3,77	
Até Ensino Médio	30	27,8	55	50,9	1,40	0,90 – 2,15	23	21,3	1,56	0,68 – 3,57	
Até Ensino Superior	04	26,7	07	46,7	1,28	0,65 – 2,50	04	26,6	1,95	0,63 – 6,00	
Cor/Raça											
Branca	29	29,6	49	50,0	-	-	20	20,4	-	-	0,079
Preta	47	28,3	93	56,0	1,12	0,88 – 1,42	26	15,7	0,76	0,45 – 1,29	
Parda	287	23,6	632	51,9	1,03	0,84 – 1,27	299	24,5	1,20	0,80 – 1,80	
Possui deficiência											
SIM	29	34,5	39	46,4	-	-	16	19,1	-	-	0,044
NÃO	286	22,6	681	53,9	1,16	0,91 – 1,46	296	23,5	1,23	0,78 – 1,93	
Relação com o agressor											
Familiares	29	35,8	43	53,1	-	-	09	11,1	-	-	<0,001
Companheiro (a) e Ex	60	34,3	101	57,7	1,08	0,85 – 1,38	14	8,0	0,72	0,32 – 1,59	
Conhecidos / Amigos	75	24,0	175	56,1	1,05	0,84 – 1,32	62	19,9	1,78	0,92 – 3,44	
Desconhecidos	150	22,8	335	51,0	0,96	0,77 – 1,19	172	26,2	2,35	1,25 – 4,42	
Própria pessoa	01	2,8	14	38,9	0,73	0,46 – 1,15	21	58,3	5,25	2,67 – 10,31	
Encaminhamento											
Referido	127	23,8	318	59,7	-	-	88	16,5	-	-	<0,001
Não referido	300	25,3	601	50,7	0,84	0,77 – 0,92	373	24,0	1,45	1,17 – 1,80	
Sexo do Agressor											
Feminino	23	26,5	47	54,0	-	-	17	19,5	-	-	0,796
Masculino	284	24,6	609	52,8	0,97	0,81 – 1,15	260	22,6	0,89	0,66 – 1,20	
Número de agressores											
Um	232	23,2	547	54,6	-	-	222	22,2	-	-	0,069
Dois ou mais	102	29,3	172	49,4	0,90	0,80 – 1,02	74	21,3	0,95	0,75 – 1,21	
Motivação da violência											
Preconceitos	11	28,2	17	43,6	-	-	11	28,2	-	-	0,531
Situações de Rua	38	19,0	84	42,0	0,96	0,65 – 1,42	78	39,0	1,38	0,81 – 2,35	
Outros	13	24,5	19	35,9	0,82	0,49 – 1,36	21	39,6	1,40	0,76 – 2,56	
Uso de Álcool											
SIM	84	27,4	166	54,3	-	-	56	18,3	-	-	0,617
NÃO	147	25,7	306	53,4	0,98	0,86 – 1,11	120	20,9	1,14	0,86 – 1,52	

Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan/ Ministério da Saúde. 2018.

RP: Razão de Prevalência / IC_{95%}: intervalo de 95% de confiança

1 Categoria de referência

Tabela 3. Análise bivariada das notificações de violência, segundo gravidade da lesão, na microrregião de Jequié, no período de 2009 a 2017.

Variáveis	Gravidade da Lesão										Valor de p
	Leve ¹		Moderado				Grave				
	N	%	N	%	RP	IC _{95%}	N	%	RP	IC _{95%}	
Turno de atendimento											
Diurno	112	21,9	287	56,0	-	-	113	22,1	-	-	0,470
Noturno	158	22,6	368	52,7	0,94	0,84 – 1,04	172	24,7	1,11	0,90 – 1,37	
Zona de Ocorrência											
Urbana	342	25,9	686	51,9	-	-	293	22,2	-	-	0,219
Rural	30	17,9	95	56,5	1,08	0,94 – 1,25	43	25,6	1,15	0,87 – 1,52	
Periurbana	06	25,0	14	58,3	1,12	0,79 – 1,58	04	16,7	0,75	0,30 – 1,87	
Local de Ocorrência											
Residência	140	30,4	250	54,4	-	-	70	15,2	-	-	<0,001
Outros espaços	59	34,1	79	45,7	0,84	0,69 – 1,00	35	20,2	1,32	0,92 – 1,91	
Via pública	132	18,4	389	54,2	0,99	0,89 – 1,10	197	27,4	1,80	1,40 – 2,30	
Parte do Corpo Afetada											
Cabeça e pescoço	211	32,1	410	62,4	-	-	36	5,5	-	-	<0,001
Tronco	57	13,9	117	28,6	0,45	0,38 – 0,54	235	57,5	10,48	7,55 – 14,56	
MMSS e MMII	89	23,0	296	76,5	1,22	1,13 – 1,32	02	0,5	0,09	0,02 – 0,38	
Múltiplos Órgãos	70	26,4	96	36,2	0,58	0,48 – 0,68	99	37,4	6,81	4,78 – 9,71	
Meio de Agressão											
Força Física	332	46,0	365	50,5	-	-	25	3,5	-	-	<0,001
Arma Branca	68	13,8	291	59,0	1,16	1,05 – 1,29	134	27,2	7,84	5,20 – 11,84	
Arma de Fogo	08	1,8	244	54,2	1,07	0,95 – 1,19	198	44,0	12,70	8,52 – 18,94	
Outros	19	35,8	18	34,0	0,67	0,45 – 0,98	16	30,2	8,71	4,96 – 15,29	
Recorrência											
Sim	83	35,6	119	51,1	-	-	31	13,3	-	-	<0,001
Não	216	22,0	524	53,5	1,04	0,91 – 1,20	240	24,5	1,84	1,30 – 2,60	

Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan/ Ministério da Saúde

RP: Razão de Prevalência / IC_{95%}: intervalo de 95% de confiança

¹ Categoria de referência

4.2 MANUSCRITO 2: Análise temporal dos casos de violência notificados em microrregião de saúde da Bahia.

O manuscrito será submetido à **Public Health Nursing (A1)** e foi elaborado conforme as instruções desse periódico para autores, disponíveis em: <https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/15251446/homepage/ForAuthors.html>

ANÁLISE TEMPORAL DOS CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS EM MICRORREGIÃO DE SAÚDE DA BAHIA

Jeniffer Souza Silva¹, Adriana Alves Nery²

¹Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Saúde II e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil.

Autor de correspondência: Jeniffer Souza Silva - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Jequié, Departamento de Saúde II, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequiezinho, Jequié-BA, Brasil. CEP: 45206-190. Fone/Fax: (073) 3528-9738.

E-mail: jeniffermusica@hotmail.com.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4352-6160>

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Resumo

Introdução: A morbimortalidade por causas externas (violência e acidentes) constitui um dos maiores desafios no âmbito da saúde pública na atualidade. Este estudo tem por objetivo analisar os coeficientes de incidência das notificações de violência em uma microrregião de saúde da Bahia, no período de 2010 a 2017. **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo, do tipo série de casos, com base em dados secundários de notificações da violência na microrregião de Jequié-Bahia. **Resultados:** No período analisado verificou-se um aumento do coeficiente de incidência da violência na microrregião de saúde de Jequié, que passou de 29,6/100.000 em 2010 para 121,7/100.000 em 2017. Dos 3440 casos analisados, 1.243 (36,2%) foram no sexo feminino e 2.196 (63,8%) no sexo masculino. Com relação ao tipo de violência, predominaram os atendimentos decorrentes de agressão física 2.757 (80,15%), violência psicológica/moral 322 (9,36%), violência sexual 125 (3,63%) e tortura 71 (2,06%), sendo o primeiro mais frequente em homens, e as demais em mulheres. **Conclusão:** Constatou-se um crescimento na incidência dos casos de violência notificados na microrregião de Jequié, o que demonstra a necessidade de investimento em ações que venham reduzir a morbimortalidade por esse agravo, como campanhas educativas e ações intersetoriais entre os órgãos que compõem a rede de proteção às pessoas em situação de violência.

Palavra-chave: Incidência; Notificação; Violência.

Abstract

Introduction: Morbidity and mortality from external causes (violence and accidents) is one of the greatest challenges in the field of public health today. This study aims to analyze the incidence coefficients of reports of violence in a health micro-region of Bahia, from 2010 to 2017. **Methods:** Epidemiological, descriptive, case-series study based on secondary data from violence in the micro-region of Jequié-Bahia. **Results:** In the analyzed period, there was an increase in the incidence of violence in the Jequié health micro-region, from 29.6 / 100,000 in 2010 to 121.7 / 100,000 in 2017. Of the 3440 cases analyzed, 1,243 (36, 2%) were female and 2,196 (63.8%) were male. In relation to the type of violence, the attendance due to physical aggression predominated 2.757 (80.15%), psychological / moral violence 322 (9.36%), sexual violence 125 (3.63%) and torture 71 (2.06 %), the first being more frequent in men, and the other in women. **Conclusion:** There was an increase in the incidence of reported cases of violence in the Jequié microregion, which demonstrates the need for investment in actions that reduce morbidity and mortality due to this aggravation, such as educational campaigns and

intersectoral actions among the organs that make up the network protection of persons in situations of violence.

Keywords: Incidence; Notification; Violence.

INTRODUÇÃO

O impacto da morbimortalidade por causas externas (violência e acidentes) constitui um dos maiores desafios no âmbito da saúde pública. O entendimento desse evento propõe análise a partir dos determinantes e condicionantes sociais, culturais, políticos, econômicos e ambientais, por apresentar forte associação com as desigualdades sociais e configurar-se como um evento crescente em todo mundo, especialmente em contextos de países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento como o Brasil (Brasil, 2017).

De acordo com dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), no período de 2011 a 2015, o número total das notificações de violência mais que dobrou, passando de 107.530 para 242.347. Em 2015, as mulheres adultas, com idade entre 20 a 59 anos, foram as que mais tiveram notificação de violência, com 98.200 notificações, do total de 162.575, significando 60,4%. Em seguida, as adolescentes (30.989), as crianças (25.449) e as idosas (7.937) (Brasil, 2017).

A violência enquanto processo social reflete as condições da sociedade que a produziu, e a partir da qual esse fenômeno representa os conflitos relacionais, reflexo das desigualdades sociais e de gênero, que se configuram em diferentes tipos, espaço, tempo, local, autores e vítimas (Minayo, 2013). Ressalta-se que a violência física, sexual, psicológica estão entre as formas mais frequentes de ocorrência desse evento que viola direitos e compromete a qualidade de vida de todos que as vivenciam.

Desse modo, entende-se por violência física, qualquer conduta que ofenda sua integridade física ou saúde corporal com danos visíveis como ferimentos, hematomas e cortes, manifestada

através de tapas, empurrões, entre outros é o tipo mais frequente de violência interpessoal (Netto et al., 2015).

Estimativas baseadas em dados de relatos de violência registrados pelo Ligue 180, serviço oferecido pela Secretaria de Política para as Mulheres (SPM/PR), mostraram quem no ano de 2015 houveram 749.024 atendimentos. Embora os homens sejam mais expostos a esse tipo de agravo (90%), entre as mulheres pode-se observar que dentre os 10% (76.651) de relatos de casos registrados a violência física foi o principal agravo (50,16%) (Brasil, 2018).

Um outro tipo de violência muito frequente é a violência psicológica, sendo apontada como a segunda mais comum (30,33%) entre os tipos de violência. Definida como qualquer ação que cause uma diminuição da autoestima resultando danos emocionais, que degrada ou controla ações, crenças, comportamentos, chantagem, ameaças, humilhação, isolamento, delimitação do direito de ir e vir prejudicando o desenvolvimento social da vítima e sua saúde mental, a violência psicológica geralmente é acompanhada ou resulta da co-ocorrência de outros agravos, como a violência física e sexual. Fato este que chama a atenção para o relato da ocorrência desse evento feito de forma isolada (Brasil, 2006).

A violência sexual, uma das formas mais grave do evento, é definida como o ato ou tentativa de obter a prática sexual sem o consentimento, considerada como uma das formas de violência doméstica. Esse tipo de violência corresponde a cerca de 4,54% dos casos de violência relatado (Brasil, 2018). É decorrente de um contexto marcado por diferenças de gênero e poder, refletidos nos papéis sociais e culturais, equivocadamente construídos ao longo do tempo. Papéis estes, refletidos pela ideia de superioridade do homem sobre a mulher, do grande sobre o pequeno, do mais forte sobre o mais fraco, entre outras situações marcadas pela desigualdade. Na maioria das vezes, a violência sexual é praticada por homens, mediante comentários indesejáveis, intimidação, coação ou uso da força, chantagem, suborno e manipulação que

obriga a mulher ou o homem a manter relações sexuais contra a sua vontade, fazendo uso de força e/ou com ameaças (Delziovo et al., 2018).

A tortura é um ato de constranger uma pessoa com o uso da força, graves ameaças, poder ou autoridade, causando sofrimento físico ou mental como forma de aplicar castigos pessoal e/ou caráter preventivo (Brasil, 2016).

Diante do comportamento multifacetado das violências descritas acima, bem como dos impactos à saúde e qualidade de vida das pessoas, o Ministério da Saúde (MS), implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes, onde desde então tem elaborado e priorizado ações de monitoramento da violência para fins de vigilância epidemiológica (VIVA) (Veloso et al., 2013).

Os inquéritos periódicos (VIVA Inquérito) e a notificação de violência (VIVA Contínuo) são ferramentas importantes desse sistema para a notificação e monitoramento das ocorrências da violência no país. Ressalta-se que em 2009, o SINAN passou por modificações, incorporando o VIVA Sinan Net. Essa ferramenta de informações utilizada pelo Ministério da Saúde tem contribuído para maior vigilância e visibilidade desse fenômeno, e, conseqüentemente para articulação das políticas de saúde na elaboração e implantação de medidas de prevenção e promoção das causas externas e da morbimortalidade decorrentes da violência e/ou agravos no Brasil (Minayo et al., 2018).

Assim, a violência em suas diferentes formas e faces constitui-se como um fenômeno complexo, pois viola direitos humanos fundamentais e ocasiona conseqüências físicas, psicológicas, emocionais, sociais e econômicas ao indivíduo e coletividade (Brasil, 2013). Além disso, por seu caráter multifacetado e proporções crescentes em diferentes contextos sociais, torna-se imprescindível a visibilidade desse fenômeno por meio de informações que possam contribuir para ampliar o conhecimento epidemiológico sobre esse tema e para o planejamento de ações que fomentem a redução do elevado índice de morbimortalidade

associado as causas violentas, especialmente no Brasil, cuja estatísticas tem mostrado um aumento considerável da incidência de casos nos últimos anos.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo analisar os coeficientes de incidência das notificações de violência em uma microrregião de saúde da Bahia, no período de 2010 a 2017, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) extraídos após a incorporação da notificação compulsória de violência (VIVA Sinan Net).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, do tipo série de casos, com base em dados secundários de notificações da violência na microrregião de Jequié-Bahia, disponibilizados pela Núcleo Regional de Saúde Sul, também disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), do Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2017.

A população pesquisada compreendeu todos os casos de violência registrados pelo SINAN, após a adesão e implantação do SINAN Net em 2009. Na análise do presente estudo foram utilizadas informações sobre condições socioeconômicas da vítima (sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, raça/cor da pele), do agressor (relação do agressor com a vítima e sexo) e da violência (número de agressores envolvidos na ocorrência, motivação para a violência, uso de bebida alcoólica pelo agressor, turno, zona e local da ocorrência do evento violento, meio da agressão, concorrência e encaminhamento). Esses dados foram obtidos pelo SINAN através da ficha de notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

Para análises dos dados foi utilizado o *Software for Statistics and Data Science - STATA*, versão 12.0®. Foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial para análise bivariada dos dados. A fim de avaliar a ocorrência e evolução das principais violências, optou-se por analisar os coeficientes de incidência das violências física, sexual, psicológica e tortura, notificadas ao longo de sete anos. O cálculo de coeficiente

de incidência tomou como base a população estimada para o mesmo ano e sexo, residentes nos municípios que compõem a microrregião de Jequié, no período, para cada 100.000 habitantes, de acordo com os dados do último censo demográfico em 2010, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/DATASUS). Foram considerados como numerador o número de casos notificados e como denominador, a população estimada para o mesmo sexo e ano.

Foram calculadas também as médias móveis dos coeficientes de incidência entre os anos estudados, no intuito de suavizar flutuações curtas e acentuadas demais nas curvas dos gráficos e de destacar tendências ao longo da série temporal analisada.

Foram analisadas 3.440 notificações de violência registradas pelo SINAN na microrregião de Jequié, período de 2010 a 2017. Ressalta-se que deste total de casos analisados ao longo do período, eventos recorrentes podem ter sido notificados, contudo, esse aspecto não foi considerado e controlado nas análises do presente manuscrito. A análise dos dados se deu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer nº 2.346.633 em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como mediante autorização e disponibilidade dos dados pelo Núcleo Regional de Saúde Sul.

RESULTADOS

Entre os anos de 2010 e 2017 foram analisados 3.440 casos de violência de notificação na microrregião de Jequié/Bahia, dos quais 1.243 (36,2%) foram no sexo feminino e 2.196 (63,8%) no sexo masculino. Entre os tipos de violência notificadas, predominaram as agressões física 2.757 (80,15%), violência psicológica/moral 322 (9,36%), violência sexual 125 (3,63%) e tortura 71 (2,06%).

Quando avaliada por tipo específico de violência, os dados mostraram uma maior frequência de violência física na população masculina (66,7%), com faixa etária de 19 a 39 anos (58,7%), com companheiro (a) (78,6%), sendo predominante nos pardos (82,8%), com escolaridade até o ensino fundamental (70,2%), tendo como o autor da agressão uma pessoa desconhecida (51,6%) e em sua maioria homens (89,8%). Já a violência psicológica foi predominante no sexo feminino 218 (65,9%), na idade de 19 a 39 anos (50,8%), entre pessoas com companheiro (a) (66,3%), com escolaridade até o ensino fundamental (64,1%), de cor/raça parda (59,6%), perpetrada por um companheiro (a) e/ou ex-companheiro (a) (36,9%), do sexo masculino (86,6%) (Tabela 1).

A violência sexual mostrou maiores proporções em indivíduos do sexo feminino (84,3%), nas faixas ≤ 18 anos (60,6%), com companheiro (a) (82,4%), que cursou até o ensino fundamental (65,0%), autodeclarados pardos (63,7%), perpetrados por desconhecidos (39,4%), do sexo masculino (97,3%). Entre as notificações de tortura, houve maior frequência no sexo feminino (55,6%), na faixa etária dos 19 aos 39 anos (54,1%), de raça/cor parda (63,6%), com companheiro (72,0%), que estudou até o ensino fundamental (66,7%), sendo o agressor predominantemente homens (86,2%) e desconhecidos (32,8%) (Tabela 1).

Os resultados evidenciam ainda que, em 55,3% dos casos de violência física, a situação de rua aparece como principal motivação registrada, ocorridos na zona urbana (87,2%) e vias públicas (52,0%), a forma mais frequente de agressão foi a força física (45,0%), com violência de repetição em 18,7% das pessoas envolvidas. Na violência psicológica, o evento ocorreu por outros motivos (62,7%), na zona urbana (73,6%), em domicílio (58,6%), sendo a força física o meio da agressão (58,9%), no entanto, a arma branca se revela como um importante tipo de intimidação (25,1%). O evento violento já havia sido perpetrado anteriormente em 48,9% dos casos (Tabela 2).

No que se refere a violência sexual, a maioria ocorreu em áreas urbanas (80,9%), na própria residência dos sujeitos (59,6%), teve como meio de agressão a força física (46,5%), o evento foi recorrente 40,0% e a principal motivação referida foi o preconceito (47,1%). Já a tortura, teve outros tipos de motivação que não contempladas entre as categorias apresentadas (56,3%), a maioria dos casos ocorreram na zona urbana (52,6%), no domicílio da vítima (55,5%), utilizando a força física (52,8%) como meio de agressão e com recorrência em 46,2% das notificações.

A evolução dos coeficientes de incidência por tipo de violência notificadas anualmente, ocorreu com significativa tendência de crescimento para o total das notificações. Ainda assim, a taxa de incidência para violência física foi mais elevada quando comparada aos demais tipos, com aumento a partir do ano de 2011 (24,78) a 2015 (104,22 por 100 mil habitantes), e subsequente declínio em 2016 (87,76 por 100 mil hab). Ao mesmo tempo, os demais tipos de violência (psicológica, sexual e tortura) mantiveram uma tendência estável, apresentando poucas alterações entre os anos estudados (Figura 1).

No que se refere ao coeficiente de incidência do total das violências notificadas segundo sexo, prevaleceram com tendência crescente em ambos os grupos, sendo mais expressivos para o sexo masculino, com incidência de 32,65 casos por 100 mil habitantes em 2010 tendo elevado a 168,83 por 100 mil habitantes em 2016, com discreto declínio em 2017 (141,75), já no sexo feminino manteve um comportamento de crescimento (24,97-94,84) em todo o período, (Figura 2). A curva de distribuição de incidência da violência física demonstra padrão similar para ambos os sexos, no entanto, é mais prevalente no sexo masculino, com 28,66 por 100 mil habitantes em 2010 e 123,83 em 2017, enquanto o feminino apresenta taxa de 20,29 no ano de 2010 e 81,18 por 100 mil hab. em 2017. Entre 2015 e 2016, houve declínio para ambos os sexos com aumento acentuado em 2017 para o sexo feminino (81,18 por 100 mil hab.) (Figura 3A).

No total de casos de violência psicológica houve oscilação na distribuição de incidência por sexo em todos os anos, sendo observado que, para o sexo feminino foi mais prevalente, ocorreram os maiores coeficientes nos anos de 2013, 2015, 2017 (14,05 em cada ano citado), e no sexo masculino nos anos 2010 (8,36) e 2012 (7,96) (Figura 3B). A violência sexual também foi prevalente no sexo feminino, com maior coeficiente em 2013 (10,14), e no sexo masculino em 2014 (4,68) (Figura 3C). Ainda em relação aos dados presentes na figura 3, a tortura mostrou oscilações no período analisado, de 2010 a 2011 a população feminina manteve-se prevalente dentre as notificações de tortura (0,78-1,56) em comparação aos homens (0,36-0,79), no entanto, em 2012 os indivíduos do sexo masculino passam a liderar, alcançando coeficiente de 3,98 para cada 100 mil hab. Em 2014, há um decréscimo novamente para 0,79, e as mulheres lideram com 3,12 vítimas por 100 mil habitante em 2015, chegando a 2,34 casos em 2017 (Figura 3D).

Tabela 1. Perfil dos casos de violências¹ e dos agressores, segundo o tipo de vitimização. Jequié-BA, 2010 a 2017.

Características dos casos e do agressor	Violência Física		Violência Psicológica		Violência Sexual		Violência Tortura	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	931	33,3	218	65,9	107	84,3	40	55,6
Masculino	1861	66,7	113	34,1	20	15,7	32	44,4
Faixa Etária – em anos								
≤ 18	439	15,7	77	23,3	77	60,6	12	16,7
19 – 39	1640	58,7	168	50,8	33	26,0	39	54,1
40 – 59	507	18,2	61	18,4	09	7,1	11	15,3
≥ 60	206	7,4	25	7,5	08	6,3	10	13,9
Situação Conjugal								
Com companheiro (a)	1651	78,6	171	66,3	61	82,4	36	72,0
Sem companheiro (a)	450	21,4	87	33,7	13	17,6	14	28,0
Escolaridade								
Não alfabetizado	65	7,5	23	13,5	05	8,3	01	3,7
Até Ensino Fundamental	607	70,2	109	64,1	39	65,0	18	66,7
Até Ensino Médio	169	19,5	33	19,4	14	23,4	07	25,9
Ensino Superior	24	2,8	05	3,0	02	3,3	01	3,7
Cor/Raça								
Branca	152	6,3	45	16,7	17	16,7	08	14,5
Preta	262	10,9	64	23,7	20	19,6	12	21,8
Parda	1993	82,8	161	59,6	65	63,7	35	63,6

Relação com o (a)**agressor (a)**

Familiares*	135	6,5	32	11,0	12	12,1	04	6,6
Companheiro(a) e Ex-companheiro(a)**	337	16,2	107	36,9	11	11,1	18	29,5
Conhecidos / Amigos***	473	22,8	83	28,6	37	37,4	18	29,5
Desconhecidos****	1070	51,6	67	23,1	39	39,4	20	32,8
Própria Pessoa	60	2,9	01	0,4	--	--	01	1,6
Sexo do(a) agressor(a)								
Feminino	174	8,4	35	11,4	01	0,9	06	9,2
Masculino	1856	89,8	266	86,6	109	97,3	56	86,2
Ambos os sexos	38	1,8	06	2,0	02	1,8	03	4,6

Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan/ Ministério da Saúde.

¹Tipo de violência = Respostas Múltiplas.

*Familiares= Pai (46); Mãe (26); Padrasto (12); Madrasta (0); Filho(a) (28); Irmão(ã)(51);

**Companheiro (a) e Ex-companheiro (a) = Cônjuge (227); Ex-cônjuge (71); Namorado(a) (25); Ex-namorado(a) (11);

***Conhecidos / Amigos = inclui cuidador(a) (2); Patrão/chefe (1); Pessoa com relação institucional (33);

**** Desconhecidos = Desconhecidos (1034); Policial/agente da lei (57)

Tabela 2. Características dos tipos de violência, segundo condições de ocorrência. Jequié-BA, 2010 a 2017.

Características das violências	Violência Física		Violência Psicológica		Violência Sexual		Violência Tortura	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nº de Agressores								
Um	1607	73,4	205	66,6	89	78,8	33	54,1
Dois ou mais	583	26,6	103	33,4	24	21,2	28	45,9
Motivação da violência								
Preconceitos ¹	133	15,8	24	28,9	08	47,1	02	12,5
Situações de rua	466	55,3	07	8,4	03	17,6	05	31,2
Outros	244	28,9	52	62,7	06	35,3	09	56,3
Uso de Álcool pelo agressor								
Sim	556	36,9	97	42,0	25	36,2	19	48,7
Não	952	63,1	134	58,0	44	63,8	20	51,3
Turno da admissão								
Diurno	844	42,5	106	47,3	36	52,9	19	50,0
Noturno	1143	57,5	118	52,7	32	47,1	19	50,0
Zona de Ocorrência								
Urbana	2139	87,2	214	73,6	89	80,9	31	52,6
Rural	268	10,9	53	18,2	20	18,2	15	25,4
Periurbana	45	1,9	24	8,2	01	0,9	13	22,0
Local de Ocorrência								
Residência	801	35,1	177	58,6	65	59,6	35	55,5
Outros espaços da comunidade ²	294	12,9	60	19,9	20	18,4	18	28,6
Via pública	1185	52,0	65	21,5	24	22,0	10	15,9
Meio de agressão								

Força Física	1255	45,0	195	58,9	59	46,5	38	52,8
Arma Branca	824	29,5	83	25,1	14	11,0	29	40,3
Arma de Fogo	665	23,8	19	5,7	03	2,4	02	2,8
Outros	48	1,7	34	10,3	51	40,1	03	4,1
Recorrência de violência								
Sim	380	18,7	139	48,9	42	40,0	24	46,2
Não	1651	81,3	145	51,1	63	60,0	28	53,8
Encaminhamento								
Referido	548	19,6	126	38,1	70	55,1	28	38,9
Não referido	2244	80,4	205	61,9	57	44,9	44	61,1

Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan/ Ministério da Saúde.

1. Preconceitos (sexismo, homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, deficiência).
2. Outros espaços da comunidade (habitação coletiva; escola; local de prática esportiva; bar ou similar; comércio/serviços; indústrias/construção).

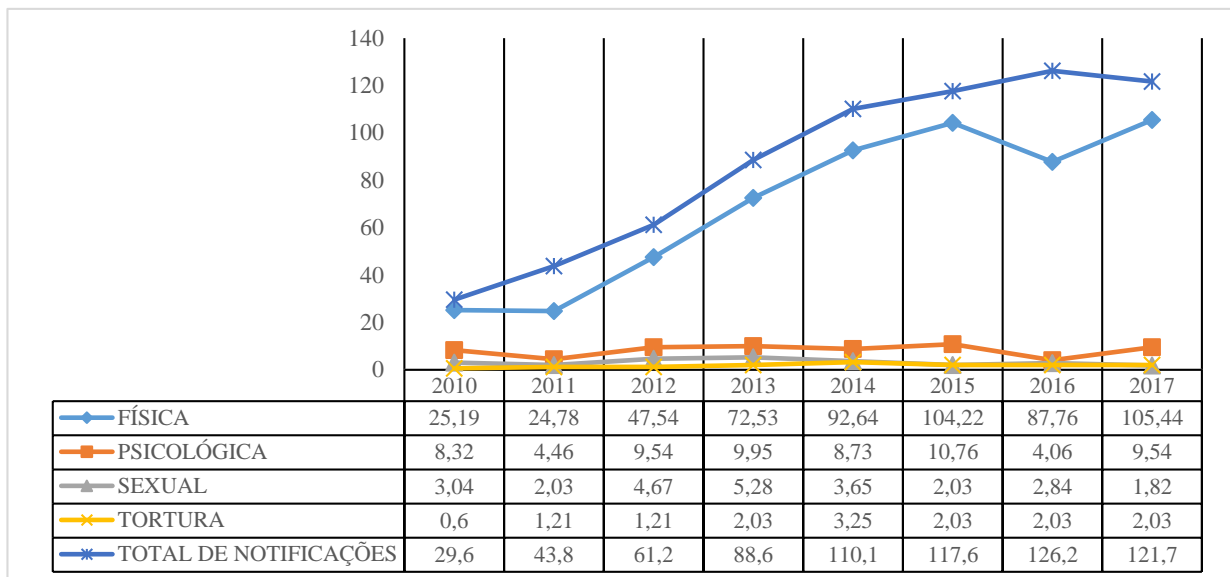


Figura 1. Evolução dos coeficientes de incidência (por 100 mil habitantes) por tipo de violência. Jequié-BA, 2010-2017.

Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan/ Ministério da Saúde.

*Total de notificações incluíram também outros tipos de violência notificados: negligência (n=27), tráfico de seres humanos (n=4) casos, violência financeira/econômica (n=19), violência por intervenção legal (n=5), outras violências (n=18), lesões autoprovocada (n=127).

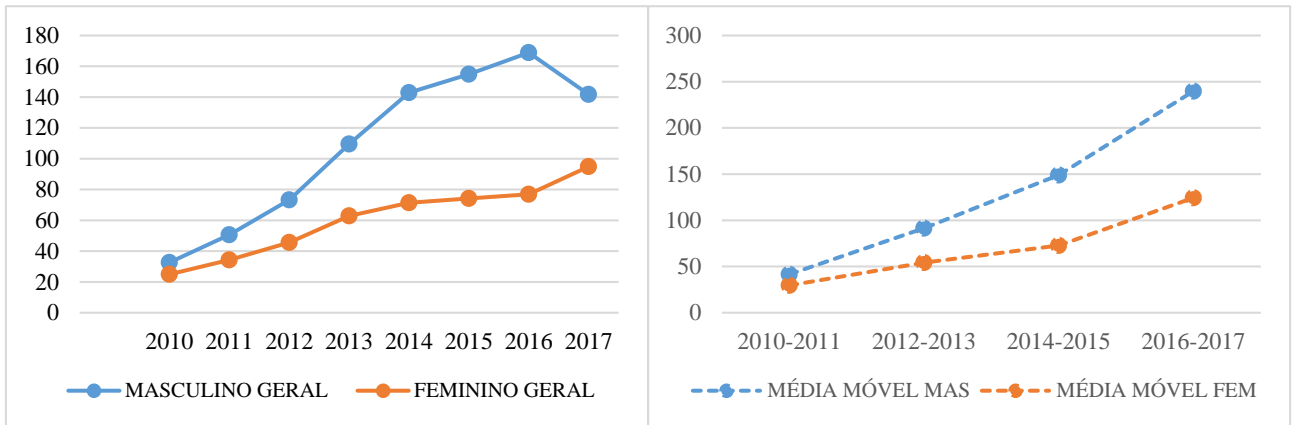


Figura 2. Coeficientes de incidência (por 100 mil habitantes) das notificações de violência, segundo sexo. Jequié-BA, 2010-2017.
 Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan/ Ministério da Saúde.

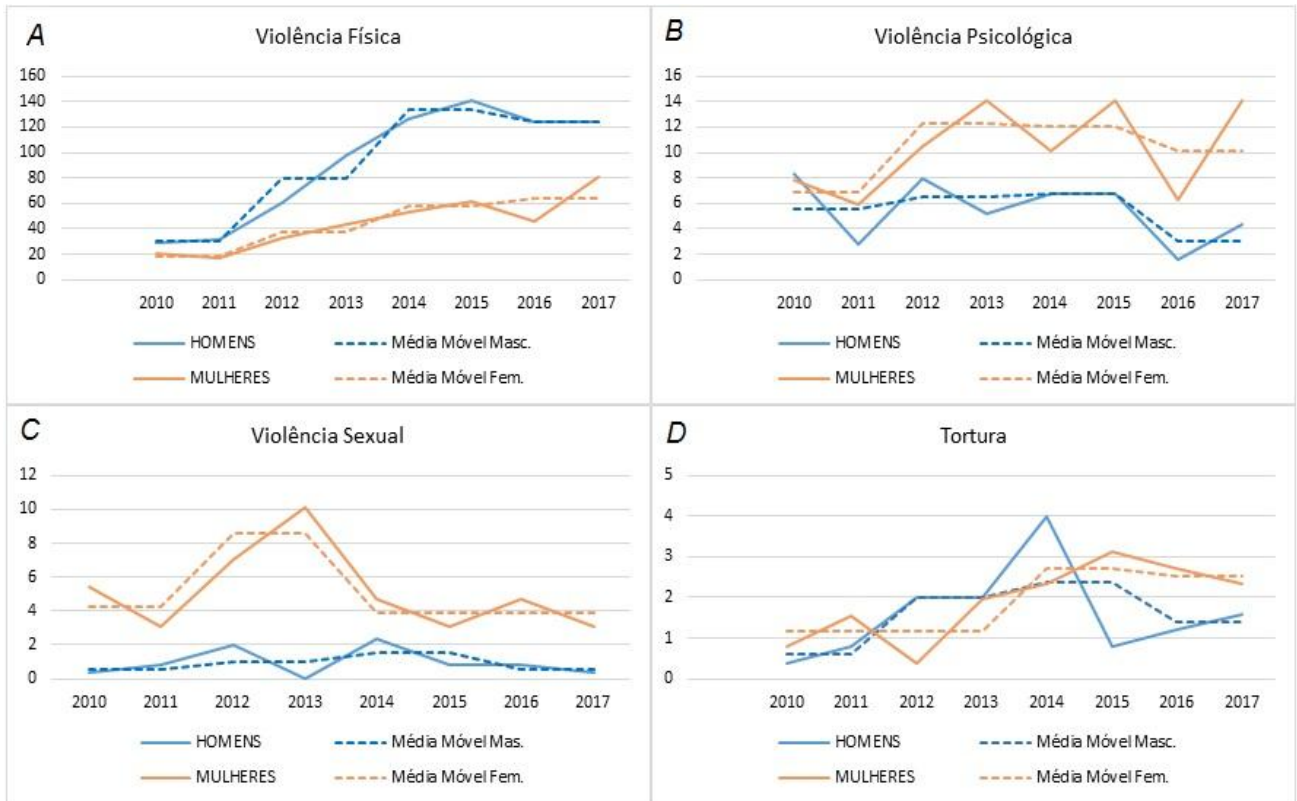


Figura 3. Coeficientes de incidência (por 100 mil habitantes) da notificação de violência (física, sexual, psicológica e tortura), segundo sexo. Jequié-BA, 2010-2017.
 Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan/ Ministério da Saúde.

DISCUSSÃO

Fruto de um fenômeno histórico e cultural da sociedade moderna, a violência tem se propagado de forma acentuada em todo o país. Fato este, corroborados pelos resultados encontrados no presente estudo, o qual mostra aumento significativo dos coeficientes de incidência da violência ao longo dos anos (Leite et al., 2017; Moreira et al., 2015; Garbin et al., 2015).

O crescimento progressivo nos coeficientes de violência, pode ser explicado por alguns fatores como o aumento das ocorrências ou mesmo presença de profissionais mais sensibilizados para identificar um indivíduo que vivencia situações de violência, ou ainda mais qualificados e atentos ao preenchimento correto das fichas de notificações ao se deparar com casos suspeitos. Tais fatores refletem o aprimoramento do sistema de notificação das instâncias de referência (Leite et al., 2017; Girianelli et al., 2018).

As taxas de notificações, apresentaram tendência crescente para ambos os sexos no período analisado. O número expressivo de casos envolvendo a população masculina de maneira geral, ocorridos em ambientes públicos com pessoas desconhecidas (Souto et al., 2017), caracteriza a violência interpessoal como um evento do tipo comunitária, decorrente das relações sociais.

Em um estudo realizado no Paraná entre o período de 2008 a 2011, mostraram que 7.132 pessoas foram acometidas pela violência interpessoal, destas 69,1% foram vitimadas pela violência comunitária. Os resultados evidenciaram que os homens em diferentes estágios do ciclo de vida, principalmente adolescentes e adultos jovens, em diferentes situações conjugais estão vulneráveis a sofrer este tipo de violência (Bernardino et al., 2017). Estes resultados corroboram com os dados desta pesquisa, o qual mostrou que os homens estão mais expostos a situações de violência em geral.

A maior vitimização dos homens pode ser explicada pelas práticas machistas ainda impostas pela sociedade e pelos comportamentos que trazem risco não só para o agressor como também

para a vítima, estes são influenciados por diversos fatores socioculturais (Bernardino et al., 2017). Estudo indica que o sexo masculino representa 70,2% das internações e 83,1% das mortes por todas as causas externas, tendo sido 11,3 vezes mais vitimado do que o sexo feminino pelas agressões letais (Minayo et al., 2018). Ressalta-se que os homens também são agressores na maior parte dos casos, especialmente em relação a violência sexual perpetrada em sua maioria contra as mulheres.

Os dados mostram que a violência física foi predominante em homens. As causas externas (acidentes e violências) são responsáveis por mais de 5 milhões de mortes anuais, representando cerca de 9% da mortalidade global (Who, 2014). Verificou-se que, o Norte (63%, maior que no Sudeste) e Nordeste (62%) apresentaram as maiores taxas de mortalidade por causas externas em homens, (Moura et al., 2015). Estudo realizado em Minas Gerais no período de 2001 a 2012, aponta que a proporção de mortes pelas causas externas foi maior em homens com um coeficiente de mortalidade médio anual de 71,5%, e os acidentes por transporte constituíram (29,6%) das mortes, seguidos pelas lesões acidentais (21,5%), agressões (20,6%) e suicídios (14,6%), compreendendo a faixa etária de 20-49 anos (Corassa et al., 2017). Um outro dado que chama a atenção é a violência física como causa de mortalidade de jovens adultos do sexo masculino na a faixa etária de 15 a 29 anos, que corresponde a 50,3% do total de óbitos em 2016 (Ipea, 2018).

Estudos apontam que o consumo de bebidas alcoólicas e a utilização de drogas potencializam os atos violentos, colabora para a adoção de comportamentos mais agressivos que geram um estresse excessivo e conseqüentemente descontrole nos atos, ou seja, se revela como um fator de risco modificável para todos os tipos de violências (Vieira et al., 2013; Vieira et al., 2014, Morais et al., 2016a). Pesquisa realizada em Santa Catarina entre 2009 a 2010, investigaram que a relação entre a violência praticada e o consumo de álcool, apontaram que de cada dez

homens e mulheres, quatro e um, respectivamente, afirmaram a ingestão de bebida alcoólica durante os episódios de violência (Lindner et al., 2015).

Percebe-se ainda que os diferentes tipos de violências se manifestam de maneiras distintas de acordo com o sexo, faixa etárias e raça/cor das vítimas ao longo dos anos. Crianças, adolescentes, mulheres e idosos são os grupos mais atingidos pela violência intrafamiliar, tendo aqui como foco os conflitos gerados entre membros da família, ocorridos normalmente na residência.

Enquanto que os homens, jovens e negros/pardos estão entre os mais acometidos pela agressão física, perpetrado por pessoas sem laços de parentesco e geralmente ocorridos fora do domicílio. No Brasil a desigualdade racial ainda se faz presente nos dias atuais, fato reforçado quando analisamos os dados de homicídios na população negra (pretos e pardos). Em 2016, a taxa de homicídio foi 40,2% quando comparado com os não negros (brancos, amarelos e indígenas) 16,0%, é duas vezes e meia superior (Ipea, 2018).

Inquérito realizado em 24 capitais e no Distrito Federal no ano de 2014, corrobora com os achados desse estudo onde, dos 4.893 indivíduos que deram entrada em serviços de urgência e emergência por violência, 26,6% sofreram violência intrafamiliar, sendo 40% em crianças e adolescentes, 57,2% em adultos e 2,8% em idosos, e 73,4% foram vítimas de violências praticadas por pessoa não pertencente à família. O domicílio também foi o local privilegiado para as ocorrências para crianças e adolescentes (84,8%), adultos (76,4%) e idosos (94,5%) (Avanci et al., 2017).

Vale considerar que a violência geral e a violência física apresentam uma tendência crescente ao longo dos anos, porém quando analisada os tipos de violência isoladamente, a psicológica, sexual e tortura apresentaram uma tendência estável. Importa ressaltar que a tendência estável das notificações dessas violências pode ter ocorrido em função das limitações na identificação

e notificação desses casos em especial, bem como do medo da vítima em denunciar esses tipos de vitimização.

A violência sexual foi prevalente em mulheres e menores de 18 anos, pessoas mais vulneráveis a sofrer esse tipo de violência, sendo ocorridos na maioria das vezes no seio familiar, doméstico, na escola ou mesmo em outros espaços frequentados por eles (as). Estes achados corroboram pesquisas que relatam altos índices desse tipo de violência, demonstrando a vulnerabilidade desses grupos (Oliveira et al., 2014).

O fato dos homens constituírem-se como as principais vítimas de agressões físicas e as mulheres de agressão sexual e psicológica pode estar relacionado aos padrões socioculturais inculcados na noção de gênero, que os expõem a situações ou comportamentos de risco para violência como por exemplo, exposição e participação no tráfico de drogas e porte de armas, acidentes automobilísticos, agressões desencadeadas pelo consumo excessivo do álcool e outras drogas. O patriarcado coloca os homens como indivíduos que devem adotar essas posturas. Desde a infância, são estabelecidos papéis e regras para homens e mulheres, onde o primeiro é detentor dos direitos, e às mulheres são atribuídos os deveres (Essy, 2017).

No entanto, quando a mulher se vê na necessidade de alcançar outros papéis diferente dos preestabelecidos para cada gênero, surge a violência em forma de ameaça, desmoralização, opressão e até agressão física como maneira de reprimi-la a ocupar seu lugar de mãe e esposa, desta forma o homem tende a impor suas vontades e desestabilizar sua companheira.

A tortura é uma forma deprimente de cerceamento do ser humano, pois anula por completo a vontade do indivíduo, consiste no ato de submeter à vítima ao sofrimento provocado por maus tratos físicos e mentais, desrespeitando a qualidade de pessoa humana. É um crime que viola sensivelmente princípios fundamentais constitucionais da Magna Carta, especialmente o da dignidade da pessoa humana (Diniz, 2013; Brasil, 1997).

A tortura, se configura em atos que tratam as pessoas desumanamente. É uma forma de violência principalmente se tratando do sexo feminino, perpassa pela história no Brasil e no mundo onde, as mulheres eram submetidas a atos violentos que vai de encontro aos Direitos Humanos. Na Alemanha, Inglaterra, França entre outros países a execução de mulheres, queimadas vivas em fogueiras no século XV, por perseguição religiosa e social, é um exemplo de genocídio que foram repetidos várias vezes em diversos países como um ato comum e sem danos para os que praticavam esses delitos. No Brasil, na ditadura militar (1964-1985), ficou evidenciado o maior período de atrocidades e desrespeito ao ser humano, milhares de mulheres foram torturadas fortemente por lutarem pela liberdade de expressão e não se submeter aos padrões patriarcais, usaram do seu corpo, da sexualidade e da maternidade como uma forma de intensificar a tortura ou exterminar cruelmente mulheres militantes (Diniz, 2013; Teles, 2015).

Do mesmo modo, em dias atuais, essa realidade tem aumentado a passos largos e estado muito presente na sociedade. Os noticiários nos mostram todos os dias casos de mulheres sendo torturadas por companheiros e ex-companheiros decorrentes de ações por motivo de ciúmes, a perda da subordinação, separação, ódio, vingança. E quando essas vítimas são mulheres negras, de classe econômica baixa residentes nas margens da sociedade, esses episódios podem ser ainda mais assustadores visto que, as ocorrências não são investigadas pelas instituições policiais, havendo arquivamento dos processos e esquecimentos das causas que originaram esses óbitos.

Desta forma, é perceptível que a tortura sempre acompanhou a evolução do homem, modificando-se somente o motivo para justificar sua aplicação. Tem-se notado que apesar das garantias constitucionais e da tipificação trazida pela Lei nº 9.455/97, a tortura é algo que ainda continua sendo praticada no Brasil (Oliveira; De Souza, 2013).

Enquanto recorte social, a tortura perpassa o cotidiano de milhares de mulheres e homens de múltiplas formas que, levou-se ao esquecimento o qual neutraliza a violência como um grave

sintoma social no Brasil. A impunidade não produz apenas a repetição de atos bárbaros, mas tende a provocar uma série de práticas abusivas e disseminadas, manifestada na subjetividade vivenciada nas relações interpessoais a partir da dominação e subordinação da mulher em relação ao homem. Assim, percebe-se que a tortura como um tipo de violência apresenta-se também como uma questão social, pois manifesta-se de diversas maneiras concretas e simbólicas (Kehl, 2018).

Nesse estudo, a tortura mostrou oscilações no período analisado de 2010 a 2011, o sexo feminino manteve-se prevalente (0,78-1,56) em comparação aos homens (0,36-0,79); e em 2017, o coeficiente para a população feminina aumentou para 2,34. Há, portanto, uma grande lacuna de informações que seriam decisivas para conhecer, monitorar e, conseqüentemente, enfrentar melhor as situações de vulnerabilidade e as desvantagens a que essas populações estão sujeitas.

Partindo dessa premissa, ao analisar o sistema de opressão e dominação dos homens sobre as mulheres no qual estamos inseridos, evidencia-se que a violência contra a mulher ainda é vista como algo natural e banalizado, em todas as esferas da sociedade, sendo que grande parte dos casos sequer chegam a ser registrados. A violência psicológica na maioria dos casos é camuflada, pois há uma dificuldade em considerar o abuso sofrido enquanto atos violentos. Os insultos, agressões verbais, ameaças entre outros, as vezes são associados ao uso do álcool e outras drogas, personalidade do agressor e/ou ações cometidas pela vítima. Essa violência assim como a física, são associadas à situação de vulnerabilidade, em que expõe a pessoa ao adoecimento resultante de um conjunto de situações individual e/ou coletivo (Borburema et al., 2017).

Vale destacar que a violência constitui-se como um fenômeno histórico reforçada pelas desigualdades sociais expressas pelas relações estabelecidas em coletividades, e portanto, configura-se como um problema multifacetado, onde a relação de dominação e submissão ainda se faz presente, fomentada por uma sociedade machista e patriarcal, manifestada através da

opressão, abuso da força, agressão verbal, entre outras formas. Os feminicídios compreendem um conjunto de situações que é expressa além do ambiente doméstico ou familiar, no qual, a violência é perpetuada de forma extrema incluindo tortura, morte por mutilações, estupro e, espancamento como ato de demonstrar poder e dominação sobre a mulher.

Nos EUA, Canadá e Costa Rica, 60% a 70% dos homicídios de mulheres correspondem a feminicídios (Meneghel & Portella, 2017). No Brasil, estudo obtido em inquéritos policiais de mulheres assassinadas na cidade de Porto Alegre no período de 2006 a 2010, caracterizou 64 casos como feminicídios o que corresponde a 72% do total dos inquéritos estudados. Destes, 39 mortes foram perpetradas por parceiros, das 21 mortes que ocorreram em ambientes públicos, 10 foram por violência sexual e 10 por execuções de mulheres em ambiente de tráfico (Margarites, Meneghel & Ceccon, 2017).

Estudo aponta alguns fatores que interferem negativamente no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, em um município do interior da Bahia, a saber a estrutura organizacional dos serviços, fatores psicoemocionais e trabalho em rede. Observou-se que se faz necessário a articulação intersetorial entre serviços como os Conselhos Tutelares, o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), as Delegacias Especializadas, as Unidades de Saúde da Família (USF), a escola, entre outras, viabilizar a prevenção e combate da violência contra crianças e adolescentes (Morais et al., 2015).

O subregistro de informações nas fichas de notificações também constitui-se como um fator que contribui para invisibilidade da violência. Em estudo realizado com 200 profissionais de serviços de emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, foi verificado que apenas 42,9% destes preencheram a ficha de notificação do sistema VIVA (Souza et al., 2015). Diante disso, percebe-se que a notificação dos casos não tem sido priorizada como ação de proteção a pessoas em situação de violência e reforça a necessidade e obrigatoriedade das notificações de casos suspeitos e/ou confirmados nos serviços de saúde (Morais et al., 2016b)

Segundo o Boletim Epidemiológico, no período de 2011 a 2017 no Brasil, foram notificados no Sinan 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Desse total, 40,5% dos casos foram com crianças e adolescentes; nesse mesmo período 184.524 casos foram de violência sexual, sendo 76,5% notificações nessa faixa etária (Brasil, 2018). Outro estudo em Feira de Santana, Bahia, no período de 2001 a 2010, foram registrados 1.110 casos de crianças e adolescentes vítimas da violência sexual, sendo a maioria estupro (52,1%) e incesto (24,3%), ocorridos em domicílio (39,4%) ou em algum lugar da comunidade (37,9%), predominantes no sexo feminino (65,7%), sendo o agressor pessoas conhecidas da família ou da vítima (40,9%) (Costa et al., 2017).

A violência causa grandes danos de ordem psicológica, emocional e física, compromete a qualidade de vida da vítima, além de trazer o sentimento de medo, vergonha e culpa. Conseqüentemente os casos tendem a serem silenciados por parte dos familiares, o que resulta em demasiada subnotificação de casos. Devido à dificuldade de identificação dos crimes sexuais, a real prevalência desses casos ainda é pouco conhecida.

Vale ponderar que, embora o subregistro de informações constitui-se como uma limitação para o uso de dados secundários em estudos epidemiológicos, esses tipos de fonte de dados tem sido o principal mecanismo para dar visibilidade aos diferentes tipos de violência as quais a população está exposta. Além disso, esta é a principal ferramenta em saúde pública para gestão, controle e fiscalização e avaliação das políticas de prevenção e enfrentamento desse fenômeno social e de saúde, especialmente no Brasil.

Assim, considerando que a violência se manifesta de diversificadas maneiras, faz-se necessário apropriar-se das particularidades que envolve esse fenômeno em diferentes espaços sociais, para que sejam amplamente divulgado, conhecido, coibido e denunciado. Os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de políticas sociais adequadas às especificidades de cada grupo populacional atingido pelos diferentes tipos de violência, bem como de uma

maior integração entre os setores da saúde, educação, assistência social, econômico e judicial no enfrentamento da violência.

CONCLUSÃO

Os resultados revelam aumento dos coeficientes de incidência ao longo do período analisado. Questiona-se se este incremento reflete um aumento real dos casos de violência na microrregião de Jequié, ou se está relacionado às melhorias dos registros, devido possível qualificação dos profissionais envolvidos havendo desta forma melhor identificação e encaminhamentos adequados dos casos.

Independente das causas que podem ter impulsionado o evento em questão, deve-se salientar que a violência tem vitimado de forma crescente a população, atingindo todos os sexos, cor/raça, faixa etária, nível educacional, crenças em diferentes proporções.

Houve prevalência da violência física envolvendo homens jovens, da violência sexual em indivíduos do sexo feminino e menores de 18 anos. Já a violência psicológica e tortura predominou na população feminina. Valendo ressaltar que apesar de retratar uma realidade regional, pode ser extensiva à realidade encontrada em muitos municípios do Brasil.

Diante destes dados, urge a necessidade de maior integração da rede de proteção e enfrentamento da violência, promovendo capacitação para os profissionais da rede de modo multidisciplinar a fim de reduzir a subnotificação dos casos, bem como o subregistro das informações.

REFERÊNCIAS

Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Assis, S. G. (2017). Treatment for cases of violence by Brazilian emergency services focusing on family relationships and life cycles. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2825-2840. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13352017>.

- Bernardino, I. M., Barbosa, K. G. N., Nóbrega, L. M., Cavalcante, G. M. S., Ferreira, E. F., & d'Ávila S (2017). Interpersonal violence, circumstances of aggressions and patterns of maxillofacial injuries in the metropolitan area of Campina Grande, State of Paraíba, Brazil (2008-2011). *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3033-3044. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.09852016>.
- Borburema, T., Pacheco, A., Nunes, A., Moré, C., & Krenkel, S. (2017). Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1-13. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1460](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1460).
- Brasil. Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9455.htm>. Acesso em 15 de julho de 2019.
- Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em: 22 Jan. 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Boletim Epidemiológico*. Secretária de vigilância em saúde. Ministério da Saúde. V. 49, N. 27, jun. 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.
- Brasil. Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais. N. 2 (2018). Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2018.
- Cerqueira, D. Lima, R. S., Bueno, S., Neme, C. Ferreira, H., Coelho, D. ... & Merian, F. Atlas da Violência 2018. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública*. Rio de Janeiro, junho de 2018. Disponível em:<<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/8626-7457-2852-180604atlasdaviolencia2018.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

- Corassa, R. B., Falci, D. M., Gontijo, C. F., Machado, G. V. C., & Alves, P. A. B. (2017). Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG), 2001 a 2012. *Cad. Saúde Colet.*, 25 (3), 302-314. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030258>.
- Costa, M. C. O., Musse, J. O., Reiter, J., Cruz, N. L. A., & Amorim, H. P. L. (2017). Violência sexual perpetrada em crianças e adolescentes: estudo dos registros de conselhos tutelares em uma década. *Adolescência & Saúde*, 14(2), 8-16. http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=645#.
- Delzivo, C. R., Coelho, E. B. S., d'Orsi, E., & Lindner, S. R. (2018). Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina – Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5), 1687-1696. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>.
- Diniz, J. F. (2013). A tortura como violação aos direitos humanos. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*, 1(2), 34-41. <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RDGP/article/view/2356>.
- Essy, D. B. (2017). A evolução histórica da violência contra a mulher no cenário brasileiro: do patriarcado à busca pela efetivação dos direitos humanos femininos. *Conteúdo Jurídico, Brasília-DF*. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigos&ver=2.589527&seo=1>. Acesso em: 06 fev. 2019.
- Garbin, C. A. S., Dias, I. A., Rovida, T. A.S., & Garbin, A. J. I. (2015). Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 20(6), 1879-1890. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>.
- Girianelli, V. R., Ferreira, A. P., Vianna, M. B., Teles, N., Erthal, R. M. C., & Oliveira, M. H. B. (2018). Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. *Cad. Saúde Colet.*, 26 (3), 318-326. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800030075>.
- Kehl, M. R. Tortura e Sintoma Social. São Paulo: Boitempo Editorial, 2018.
- Leite, F. M. C., Mascarello, K. C., Almeida, A. P. S. C., Fávero, J. L., Santos, A. S., Silva, I. C. M., & Wehrmeister, F. C. (2017). Analysis of the female mortality trend due to assault in Brazil, States and Regions. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2971-2978. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.25702016>.
- Lindner, S. R., Coelho, E. B. S., Bolsoni, C. C., Rojas, P. F., & Boing, A. F. (2015). Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, 31(4), 815-826. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00159913>.
- Margarites, A. F., Meneguel, S. N., & Ceccon, R. F. (2017). Feminicides in Porto Alegre: How many? Who are they? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(2), 225-236. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700020004>.
- Meneghel, S. N., & Portella, A. P. (2017). Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 22(9), 3077-3086. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>.

- Minayo, M. C. S. (2013). Violência e Educação: impactos e tendências. *Revista Pedagógica*, 15(31), 249-264. <http://dx.doi.org/10.22196/rp.v15i31.2338>
- Minayo, M. C. S., Souza, E. R., Silva, M. M. A., & Assis, S. G. (2018). Institutionalizing the theme of violence within Brazil's national health system: progress and challenges. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2007-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>.
- Morais, R. L. G. L., Robrigues, V. P., Machado, J. C., Rocha, E. M., Vilela, A. B. A., & Sales, Z. N. (2016b). Violência intrafamiliar contra crianças no contexto da saúde da família. *Rev enferm UFPE on line.*, 10(5), 1645-53. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>.
- Morais, R. L. G. L., Sales, Z. N., Rodrigues, V. P., & Oliveira, J. S. (2016a). Ações de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência. *J. res.: fundam. care. Online*, 8(2), 4472-4486. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4472-4486>.
- Morais, R. L. G. L., Sales, Z. N., & Rodrigues, V. P. (2015). Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. *Rev enferm UFPE on line.*, 9(Supl. 3), 7672-81, abr., 2015. DOI: 10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201521
- Moreira, G. A. R., Soares, P. S., Farias, F. N. R., & Vieira, L. J. E. S. (2015). Notificações de violência sexual contra a Mulher no Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*, 28(3), 327-336. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p327>
- Moura, E. C., Gomes, R., Falcão, M. T. C., Schwarz, E., Neves, A. C. M., & Santos, W. (2015). Gender inequalities in external cause mortality in Brazil, 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 779-788. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.11172014>
- Netto, L. A., Moura, M. A. V., Silva, G. F., Penna, L. H. G., & Pereira, A. L. F. (2015). Women in situation of violence by their intimate partner: making a decision to seek a specialized violence support service. *Rev Gaúcha Enferm*, 36(spe), 135-42. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.54361>.
- Oliveira, J. C. S., Souza, H. R. A. (2013). Estudo histórico e jurídico da lei nº 9.455/97: tortura. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*, 1(1), 22-27. <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RDGP/article/view/2099>
- Oliveira, J. R., Costa, C. O. M., Amaral, M. T. R., Santos, C. A., Assis, S. G., & Nascimento, O. C. (2014). Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, 19(3), 759-771. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18332013>.
- Souto, R. M. C. V., Barufaldi, L. A., Nico, L. S., & Freitas, M. G. (2017). Epidemiological profile of care for violence in public urgency and emergency services in Brazilian capital, Viva 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2811-2823. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017>.
- Souza, C. S., Costa, C. O., Carvalho, R. C., Araújo, T. M., & Amaral, M. T. R. (2015). Notification of juvenile violence in Emergency Services of the Brazilian Unified Health System in Feira de Santana, Bahia, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 80-93. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010007>.

- Teles, M. A. A. (2015). Violações dos direitos humanos das mulheres na ditadura. *Revista Estudos Feministas*, 23(3), 406. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p1001>.
- Veloso, M. M. X., Magalhães, C. M. C., Dell'Aglio, D. D., Cabral, I. R., & Gomes, M. M. (2013). Notificação da violência como estratégia em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.I.], 18(5), 1263-1272. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011>.
- Vieira, L. B., Cortes, L. F., Padoin, S. M. M., Souza, I. E. O., Paula, C. C., & Terra, M. G. (2014). Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 366-72. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140048>.
- Vieira, L. J. E. S., Ferreira, R. C., Moreira, G. A. R., Gondim, A. P. S., Araujo, M. A. L., & Silva, R. M. (2013). Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4), [08 telas]. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281427992013>.
- World Health Organization. Injuries and violence: the facts 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado em 2015 nov 27]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/149798>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo constatou-se um aumento no coeficiente de incidência da violência na microrregião de saúde pertencente ao município de Jequié, e apresentando, durante o período estudado, comportamento ascendente, mostrando incidência bastante elevada, tanto no total das notificações, quando analisado isoladamente os tipos de violência, principalmente no que se refere a violência física.

A violência acometeu principalmente indivíduos do sexo masculino, da faixa etária de 19 a 39 anos, pardos e com baixa escolaridade, tendo como o autor da agressão uma pessoa desconhecida e em sua maioria homens. Esses casos caracterizaram as ocorrências que desencadearam lesões grave, ocorridos principalmente em via pública, sem um encaminhamento adequado referido nas fichas, indicando a necessidade de melhor integração dos serviços que compõe a rede de atenção e proteção as pessoas em situação de violência.

É de suma importância a caracterização das vítimas, bem como do (a) agressor (a), para que se crie ações voltadas especificamente para as populações mais vulneráveis, sensibilizando a sociedade civil por meios de grupos focais de discussões acerca da temática em diversos espaços da comunidade, como por exemplo nas escolas, associações e unidades de saúde. Se faz necessário munir a comunidade de informações pertinentes a fim de coibir e/ou denunciar situações de violência sejam elas presenciadas ou não.

O presente estudo apresentou algumas limitações por trabalhar com dados do SIM e SIH/SUS, visto que os sistemas ainda apresentam grande falha no que se refere às subnotificações dos casos e subregistros de informações o que compromete uma análise mais minuciosa, trazendo prejuízo quanto a não revelar de fato todos os casos ocorridos e dados existentes.

Apesar disso, reforça-se a importância de desenvolver estudos com fontes secundárias, permitindo desta forma que a população saiba reconhecer estes agravos, sua magnitude, distribuição e gravidade. Ressalta ainda, a necessidade da educação permanente para os profissionais de modo a capacitá-los para estarem ainda mais preparados a identificar, bem como notificar de maneira correta situações de violência. Essas ações só serão possíveis de serem praticadas a partir do momento que a construção e elaboração das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência forem mais eficazes e eficientes, programas e práticas que vise à prevenção, enfrentamento da violência com redução dos danos.

A rede de atenção integral vem se consolidando permitindo o acesso aos serviços, assim é necessário a articulação do SUS com os demais serviços que estão atrelados a essa assistência fortalecendo a rede de cuidado, proteção e defesa de direitos principalmente para os grupos mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ANDRADE-BARBOSA, T.L.; XAVIER-GOMES, L.M.; BARBOSA, V.A.; CALDEIRA, A. P. Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 711-719, mar., 2013.

AZAMBUJA, M.P.R.; NOGUEIRA Conceição. Introdução à Violência Contra as Mulheres como um Problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.3, p.101-112, 2008.

BAHIA. **Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014**. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Casa Civil. Diário Oficial do Estado da Bahia. Salvador, 2014. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-13204-de-11-de-dezembro-de-2014>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

_____. **Decreto nº 16.075 de 14 de Maio de 2015** que define o âmbito de atuação territorial dos Núcleos Regionais de Saúde, instituídos pela Lei nº 13.204, de 11 de Dezembro de 2014; Divisão político-administrativa do estado da Bahia. SEI, Versão - 26 de Dezembro de 2017. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/decreto-no-16075-de-14-de-maio-de-2015>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Municípios e Regionalização**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/nucleos-regionais-de-saude-nrs/>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

_____. **Resolução CIB nº 275/2012**. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. SESAB: Salvador, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informação do SUS (DATASUS).

Informações de saúde. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 02 de Out. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356/GM, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes

em Serviços Sentinela com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 120, 26 jun. 2006. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204 de 17 de Fevereiro de 2016**. Ministério da Saúde. Brasília (DF). MS, 2016. [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 02 de Out. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 92 p.:il.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 13 jun 2013;150(112 Seção 1); pág. 59-62.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001, no DOU de 18 de maio de 2001**. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/...> Acesso em: 13 nov. 2018.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BUTCHER, N; BALOGH; Z.J. AIS>2 in at least two body regions: A potencial new anatomical definition of polytrauma. **Injury, Int. J. Care Injured**, v. 43, p.196–199, 2012.

CABRAL, C.M.T.; MAIA, E.M.C. O SUS e a rede de garantia de direitos: Estado da Arte sobre as publicações científicas concernentes à implantação de serviços de acolhimento a crianças e

adolescentes vítimas de violência. **Advances in Health Psychology**, n. 20, v. 1-2, p. 81-88, Jan.-Dez., 2012.

FIOCRUZ. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. Rio de Janeiro: SINITOX, 2009. Disponível em: <http://sinitox.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 13 nov. 2018.

GENNARELLI, T.A; WODZIN E. AIS 2005: A contemporary injury scale. **Injury**, n. 37, v. 12, p.1083-91, 2006.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>. Acesso em 23 de Set. de 2016.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291800&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 23 set. 2016.

IPEA. Atlas da violência 2017. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <http://olma.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Brasil-Atlas-da-Viol%C3%Aancia-2017.pdf>. Acesso em 15 de out. de 2018.

LIMA, M.V.F. et al. Perfil dos atendimentos por causas externas em hospital público. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.13, n.1, p.36-43, 2012.

Jequié (BA). **Prefeitura**. 2014. Disponível em: <http://www.jequie.ba.gov.br/index.php?page=paginas&id=1> . Acesso em: 23 set. 2016.

MELLO, J. M. H. P.; KOIZUMI, M. S. Acidentes de trânsito no Brasil: breve análise de suas fontes de dados. **Revista da Abramet Associação Bras de Acidentes e Medicina de Tráfego**, v. 38, p. 49-57, 2001.

KRUG, E.G. et al. (Org.). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LIMA, C.A. DESLANDES, S.F. Sexual violence against women in Brazil: achievements and challenges of the health sector in the 2000s. **Saúde Soc.**, v.23, n.3, p.787-800, 2014.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

NERY, A.A. et al. Perfil Epidemiológico da Morbimortalidade por Causas Externas em um Hospital Geral. **Rev enferm UFPE online**, v.7, n.2, p.562-71, fev., 2013.

SCHRAIBER, L.B. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. **Saúde Soc.**, v.23, n.3, p.727-732, 2014.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2011. Os jovens do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Justiça. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2016. Homicídios por arma de fogo no Brasil**. Rio de Janeiro: Flacso, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global consultation on violence and health.** Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018:** monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2018.

ANEXO A: Ficha Individual de Notificação

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09		3 Data da notificação			
	4 UF		5 Município de notificação		Código (IBGE)					
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros						7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	
	8 Unidade de Saúde						Código (CNES)		9 Data da ocorrência da violência	
	10 Nome do paciente								11 Data de nascimento	
Notificação Individual	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica									
	17 Número do Cartão SUS					18 Nome da mãe				
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito			
	22 Bairro			23 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
Dados de Residência	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1					
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP					
	30 (DDD) Telefone			31 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)				
	Dados Complementares									
	Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social					34 Ocupação			
35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado										
36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado			37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado							
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento								
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito			
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código					
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		48 Geo campo 4			
	49 Ponto de Referência			50 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
	52 Local de ocorrência		01 - Residência		04 - Local de prática esportiva		07 - Comércio/serviços		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
02 - Habitação coletiva		05 - Bar ou similar		08 - Indústrias/construção		09 - Outro		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
03 - Escola		06 - Via pública		99 - Ignorado						

Violença	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado			
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
Violença Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____			
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/ agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado CID 10 - Cap XX			
Dados finais	69 Data de encerramento _____			

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
----------------------	----------------------------	----------------

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
---	---	---------------------------------------

Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função